Espace
Médecin du travail
la revue du syndicat général des médecins du travail

Communiqué de presse

CFE CGC
DONNONS DE LA FORCE À VOS COMPÉTENCES

PP 65 / 24.10.00 / 9.00

Santé au travail : c'est NON !

Le Comité confédéral de la CFE-CGC a estimé à l'unanimité qu'en l'état actuel du texte, le protocole d'accord sur la santé au travail n'était pas acceptable. Si d'incontestables avancées ont eu lieu, il demeure deux points de blocage incontournables.

Il ne peut être question de confier à des médecins généralistes le suivi de la santé au travail des salariés. Cette mission nécessite une connaissance approfondie de l'entreprise, des conditions de travail, des produits, des méthodes et des salariés eux-mêmes. C'est pourquoi la médecine du travail est une vraie spécialité qui nécessite des études complémentaires importantes. Comment imaginer que les partenaires sociaux puissent définir, comme c'est prévu, les conditions d'une formation complémentaire pour les médecins en exercice ? Le cursus des études de médecine est du seul ressort des pouvoirs publics, et il ne saurait y avoir de médecins du travail au rabais. Une autorité morale aussi incontestable que l'Ordre des médecins ne s'y est d'ailleurs pas trompée qui a condamnée cette disposition du projet d'accord.

Quant à la périodicité de la visite des salariés, comment admettre que ce sont les négociations de branche qui détermineront les salariés dont l'activité présente des risques spécifiques ? Outre les discriminations que cela peut introduire entre salariés, une telle disposition contrevient à l'ordre public social qui, là encore, est du ressort des pouvoirs publics. Et quelle lourde responsabilité pèserait sur les négociateurs si tel ou tel risque nouveau leur échappait ?

Pour Jean Luc Cazettes, président de la CFE-CGC, le champ de la négociation professionnelle est suffisamment vaste pour qu'il ne soit pas utile d'empiéter sur les prérogatives de l'État. L'exemple de l'UNEDIC devrait d'ailleurs amener les chantres de la refondation à un peu plus de modestie dans ce domaine.

éditorial

État de guerre : historique

(suite du numéro précédent)

Le dernier numéro d'Espace MÉDECIN DU TRAVAIL vous a expliqué la genèse de la guerre faite à la médecine du travail. Nous nous arrêtions au printemps 2000, juste avant le congres de LILLE.

Que s'est-il passé depuis ? Dans notre bulletin Express du 13 septembre 2000, réservé aux adhérents, nous titrions :

12 ET 13 SEPTEMBRE...
ÉCHEC DE LA NÉGOCIATION SANTÉ ET TRAVAIL.
LA GUERRE DÉCLARÉE PAR LE PATRONAT
AUX MÉDECINS DU TRAVAIL SPÉCIALISTES CONTINUE.

Les partenaires sociaux se sont réunis le 12 septembre au MEDEF, pour la « réunion conclusive « de la négociation » santé au travail et prévention des risques professionnels ». Réunion difficile et longue, de quinze heures à trois heures trente du matin ! La délégation de la CFE-CGC a été conduite par François FATOUX, Bernard SALENGRO et Henri KIRSTETTER ces deux derniers étant président et vice-président de notre syndicat. La réunion n'a pas été conclusive, les partenaires devant en référer aux organismes confédéraux.

Beaucoup de reculs et peu d'avancées

■ *SOUS-TRAITANCE DU SUIVI MEDICAL*

Le maintien de la sous-traitance du suivi médical par des médecins non spécialistes persiste, à l'exemple de la sous-traitance à la mode dans les entreprises : à quand la délocalisation ?
Les médecins en exercice libéral et non qualifiés en médecine du travail pourront assurer le suivi médical périodique, donc hors visites d'embauche et visites de reprise. Ils le feront au sein des services médicaux ou à leur cabinet (toutes dérives déontologiques et clientélistes sont possibles !) et leur mode de rémunération n'est pas défini (à l'acte , à la vacation ?) .
Est posée également la finalité de cet examen de « dépistage », de délivrance d'un « permis médical au travail », qui ressemble étrangement au dépistage des maladies contagieuses de l'après guerre !
Les médecins libéraux assureront le suivi de tous les salariés, même ceux en SMS, en liaison avec le médecin du travail. Quand et comment une telle liaison pourra-elle se faire ?

VBC Concept

Il est ressorti dans les négociations que le temps libéré ne servira pas à augmenter le tiers temps, mais à augmenter la charge en salariés des médecins du travail ainsi « aidés », ce qui est inacceptable !
La formation de ces médecins est dite formation complémentaire, et ne débouchera pas sur une qualification de spécialiste . les conditions de cette formation complémentaire seront arrêtées par un groupe de travail à créer. Ce groupe sera national, et regroupera les partenaires sociaux signataires de l'accord afin de présenter des propositions au ministère.

Quelle sera la composition de ce groupe de travail, et sa capacité à définir les besoins de formation des médecins ?

■ *PERIODICITE DES VISITES*

La périodicité est portée à deux ans, hors SMS. En cas de SMS, la périodicité est fixée à un an.
La SMS sera définie par des accords de branche . Logique de la chose : des salariés exposés à un même risque seront ou non en SMS selon l'appartenance de leur entreprise à une branche professionnelle ou une autre (chimie, métallurgie, etc.) !

■ *PARITARISME : ABSENT*

Seule évolution : le conseil d'administration sera composé pour un tiers de membres de la commission de contrôle, elle même composée de façon inchangée de deux tiers de salariés et de un tiers d'employeurs.
Telle est la définition du paritarisme faite par le patronat !

■ *PLURIDISCIPLINARITE*

De nombreux spécialistes pourront intervenir dans les entreprises, soit directement soit au travers des services interentreprises. Leur rémunération n'est pas abordée, ni leur liaison avec le médecin du travail.
Seule avancée : ces spécialistes devront être agréés par la CRAM ou les ARACTs.

■ *UN OBSERVATOIRE, DES COMITES, DES COMMISSIONS, UN GROUPE DE TRAVAIL . . .*

Diluer les responsabilités, évacuer les points qui posent problème à un groupe de travail des partenaires sociaux, sans autre précisions, moyennant quoi chacun imagine ce qu'il mettra dans ces travaux, et qui manifestement ne fait l'objet d'aucun consensus. Curieuse démarche…
Et puis, est ce que les partenaires sociaux sont aptes à définir la formation complémentaire qui permettra à des médecins généralistes de devenir, en fait sinon de droit, des spécialistes en médecine du travail ? le corps médical ne peut accepter cette brèche qui permettra demain de créer des spécialistes « au rabais « dans d'autres disciplines.

14 septembre, communiqué de presse du SGMT

« Réforme de la médecine du travail : un risque pour les salariés »

Le Syndicat Général des Médecins du Travail CFE-CGC s'élève contre les propositions du MEDEF de

- sous-traiter le suivi médical en médecine du travail par le médecine de ville,
- espacer les visites médicales et désigner les sujets soumis à risques professionnels dans le cadre de discussions au niveau des branches professionnelles
- présenter un paritarisme tronqué, décrédibilisé.

Ces propositions seront mises en place dans un groupe de travail dont le flou de la composition est une des caractéristiques. Le SGMT appelle à la mobilisation, en particulier vis à vis des pouvoirs publics afin que les textes de loi à venir tiennent compte de l'intérêt d'une médecine du travail avec des moyens pour protéger les salariés.

15 septembre, Solange MORGENSTERN, secrétaire nationale CFE-CGC pôle protection sociale, s'exprime dans la Lettre confédérale

« Santé au travail : des interrogations. Un texte flou offre au moins le mérite de permettre à chacun d'y retrouver ce qu'il a envie. C'est le cas du document proposé à notre signature depuis le 13 septembre. Les points qui posent problème sont renvoyés à un groupe de travail des partenaires sociaux, sans autre précisions, moyennant quoi chacun imagine ce qu'il mettra dans ces travaux et qui, manifestement, ne fait l'objet d'aucun consensus. Curieuse démarche . . . De plus, les partenaires sociaux sont-ils aptes à définir la formation complémentaire qui permettra à des médecins généralistes de devenir en fait, sinon en droit, des spécialistes en médecine du travail ? Est-ce que le corps médical acceptera cette brèche qui permettra demain de créer des spécialistes « au rabais « dans d'autres disciplines ? A côté d'éléments positifs comme la pluridisciplinarité ou les observatoires régionaux, il reste donc beaucoup à faire dans ce qui s'apparente en fait, à l'heure actuelle, plus à un constat de séance qu'à un accord en bonne et due forme ».

18 septembre, l'ordre national des medecins entre dans le bal

Et il prouve qu'il sait très bien danser !

Le Docteur Pierre GIRAULT, vice-président de notre syndicat, a porté notre parole auprès des instances de l'Ordre. Le texte de Pierre GIRAULT synthétisant nos positions et les fortes critiques faites aux propositions patronales a été remis à l'Ordre. Extraits :

« Il existe une pénurie en médecins du travail et les partenaires sociaux sont dans leur rôle en demandant d'y remédier.

La participation des médecins généralistes n'est pas à exclure s'ils ont acquis la formation nécessaire et exercent dans les mêmes conditions que les autres médecins du travail. Cette formation est à définir par les pouvoirs publics, ainsi que leurs conditions d'exercice : contrat, statut, rémunération, indépendance.

L'arrière pensée patronale est certainement de croire à un moindre coût : c'est une erreur, le coût de la médecine du travail ne pouvant être comparé à celui d'une seule consultation médicale.

Mise en œuvre d'une véritable pluridisciplinarité : le texte patronal dit que « la prévention des risques professionnels doit être assurée par des compétences diversifiées. Pour l 'essentiel, il s'agit de spécialistes dans les domaines suivants : ergonomie, ... ». Le médecin du travail n'est même pas cité, alors que ces spécialités entrent dans sa formation !

Les examens médicaux ne peuvent être dissociés de l'action en milieu de travail : tout salarié doit être suivi par le même médecin, il ne peut y avoir de sous-traitants.

Surveillance médicale spéciale : la définition des critères la justifiant doit être codifiée par les pouvoirs publics, du moins pour les garanties minimales. Les partenaires sociaux ou les branches professionnelles ne peuvent qu'avoir un rôle d'avis.

Il est enfin jugé indispensable que les médecins du travail soient présents dans les observatoires régionaux ou les commissions locales paritaires. »

Le Conseil national de l'Ordre des médecins fait paraître un communiqué à propos de la médecine du travail. Il reprend les points de notre réflexion, reste très critique sur les propositions du MEDEF, et termine avec la phrase : « Notre projet, s'il était adopté, éviterait la mise en place d'une médecine du travail au rabais ». Cette année votre cotisation à l'ordre devrait vous sembler beaucoup plus légère !

17 septembre, c'est au tour des enseignants de medecine du travail

A la suite de la réunion de leur collège, les 63 enseignants adressent à la Ministre du travail un « commentaire » sur la santé au travail.
Il faut rappeler que le ministère, par la voie de Monsieur MARIMBERT, a demandé à plusieurs reprises aux enseignants de former efficacement des médecins du travail en nombre suffisant. Souvenez-vous de la formation délocalisée en Belgique, puis de l'internat européen (4 ans au total de formation pour des médecins généralistes, qui bénéficiaient le plus souvent de « remises de peine » de 2 ans pour « bonnes connaissances ». Cette formation en 2 ans, ressemblant à notre ancien CES, nous convenait très bien !
Devant la lenteur à mettre en place cette formation qui a notre aval, le ministère fait remarquer que les enseignants sont des « prestataires de service «, et qu'ils devront mettre en place ce qui leur sera demandé.
Le collège des enseignants fait donc le point sur le texte proposé par le patronat, revient sur sa conception anglo-saxonne de l'organisation de la médecine du travail, et rouvre les portes de la multidisciplinarité.
La conclusion de ce papier est savoureuse : « les enseignants de médecine du travail estiment nécessaire de donner leur avis sur les évolutions en cours et prévues. Pour autant ils sont au service de l' état et suivront les directives des ministères concernés par la formation des médecins du travail « Message ministériel bien reçu ! »...(les enseignants) estiment que le seul scénario réaliste est celui de la multidisciplinarité effective... ».
Traduction : nous sommes évidemment d'accord pour former TOUS les nombreux membres de l'équipe pluridisciplinaire.

19 septembre, déclaration des organisations syndicales représentatives des professions de santé au travail :
CFE-CGC , CGT , CGT-FO, SNPMT « la santé des travailleurs en danger »

Ces organisation syndicales représentatives engagent les confédérations à ne pas signer la proposition des organisations des employeurs du 13 septembre 2000. Elles font remarquer que leurs remarques ne sont certainement pas dénuées de fondement, puisque le Président du CISME, soutenu par l'ensemble des Présidents et Directeurs des services interentreprises a pris position contre le texte des organisations patronales, et s'est démis de toutes ses fonction au MEDEF.

22 septembre, Bernard Salengro –président du SGMT et délégué national CFE-CGC pole protection sociale, s'exprime dans la lettre confédérale

« Le texte remis par le MEDEF à l'issue de la négociation laisse un goût amer. Certes il y a des avancées intéressantes au sujet de la pluridisciplinarité, de la coordination et de la mobilisation des différents acteurs (notamment locaux) ainsi que des priorités de la médecine du travail. Il y a des points négatifs comme le refus d'admettre le paritarisme dans le fonctionnement des services de médecine du travail, gage d'une plus grande transparence des services et d'une plus grande indépendance des médecins vis-à-vis de leur employeur. Il y a aussi beaucoup de zones d'ombres renvoyées à des discussions ultérieures dans le cadre d'une commission de suivi, notamment quant au rôle accordé aux partenaires sociaux dans le cadre des branches professionnelles et relatif à la définition des métiers qui justifient une surveillance médicale spéciale. S'agit-il d'améliorer les garanties apportées aux salariés ou, au contraire, de contourner le Code du travail et opposer le contrat à la loi ? Il est étonnant de constater que ces interrogations sont partagées par l'ensemble des organisations syndicales qui, à l'exception de la CGT qui s'est prononcée contre, ont toutes différé une décision. Pour sa part, la CFE-CGC a souhaité se tourner vers ses fédérations afin de connaître leur sentiment pour se prononcer lors du Comité confédéral du 13 octobre 2000 ».

23 septembre, réunion du bureau du SGMT

Nous adressons un nouveau et fort message à notre confédération CFE-CGC sur une ligne rouge à ne pas franchir : *Le Syndicat Général des Médecins du Travail interpelle sa confédération sur l'aspect rédhibitoire absolu de la sous-traitance de la médecine du travail par des médecins généralistes. Il souhaite donc que cette ligne rouge ne soit pas franchie, et que dans l'intérêt de la santé des salariés, la médecine du travail soit assurée par des médecins spécialistes dûment qualifiés.*

28 septembre, les médecins inspecteurs réagissent

Le syndicat des MIRTMO transmet son point de vue

Il accueille de façon positive les propositions visant à instaurer, conforter ou réaffirmer la responsabilité de l'employeur en matière de protection de la santé des salariés, l'approche pluridisciplinaire, l'implication des Institutions représentatives du personnel dans la prévention des risques professionnels, le recentrage des missions du médecin du travail sur l'action en milieu de travail, et la nécessaire indépendance du médecin du travail.

Il s'interroge sur la signification des silences de l'accord : mise en œuvre du système dans les très petites entreprises, rôle dévolu aux pouvoirs publics.

Il observe que de nombreuses propositions sont floues et ambiguës, manifestement hors champ réglementaire, et inconcevables au plan technique et déontologique : missions des médecins du travail, aptitude, financement, pluridisciplinarité, rôle de l'inspection médicale, intervention de médecins non spécialistes.

Le syndicat des MIRTMO réaffirme son opposition au paritarisme.

25 septembre - 20 octobre, nos actions vis à vis de la Confédération CFE-CGC

Sylvina GELIN –secrétaire générale du SGMT– fait parvenir à tous les Présidents des Fédérations un dossier résumant notre position, et argumentant sur la nécessité de ne pas signer le texte présenté par les employeurs.

Elle précise bien que l'attitude du SGMT ne relève pas d'un corporatisme archaïque, et que notre constante préoccupation concerne la santé et le devenir des salariés qui nous sont confiés.

20 octobre : réunion du Comité Confédéral de la CFE-CGC à la Maison de la Mutualité.

Ordre du jour : positionnement de la confédération sur les chantiers de la refondation sociale, notamment sur le projet de texte du 13 septembre en matière de Santé au Travail.

Le Comité Confédéral est composé de 160 personnes désignées par leur structure d'appartenance : 25 des unions territoriales, 30 du comité exécutif et 105 des fédérations ou regroupement de fédérations (métallurgie, chimie, textile, médecins salariés...).

Le Président CAZETTE introduit le dossier, et en confirme sa maîtrise totale. Il rappelle le positionnement de la CFE-CGC avec trois points importants : nécessaire suppression de l'introduction du médecin de ville, refus de la définition de la surveillance médicale spéciale (et en conséquence de la périodicité des visites médicales) par les partenaires sociaux, et importance d'un vrai paritarisme, et fait part de son analyse du texte proposé qui ne répond pas à nos attentes sur aucun des points cités ci-dessus.

À la suite, Henry KIRSTETTER –vice-président de notre syndicat– fait une intervention technique sur le sujet : *« Je suis mandaté par le SGMT et la Fédération des Médecins Salariés de réaffirmer dans cette assemblée notre opposition à la signature d'un projet d'accord sur la santé au travail tel qu'il est rédigé.*

Une bataille est gagnée, mais peut-être pas la guerre !

Le SGMT a besoin de vous, de votre soutien tant participatif que financier.

ADHÉREZ !
Plus nous serons nombreux, plus nous serons forts, plus nos idées seront incontournables.

CONTACTEZ NOUS !

Tél. 01 55 30 12 89
Fax 01 55 30 12 88
E-MÈL :
patrice.artieres@wanadoo.fr

Ce projet présente quelques avancées intéressantes

- *approche pluridisciplinaire, mettant en synergie des compétences multiples permettant un renforcement de la prévention primaire,*
- *implication des Institutions représentatives du personnel dans la prévention des risques professionnels,*
- *recentrage des missions du Médecin du Travail sur l'action en milieu de travail,*
- *nécessaire indépendance du Médecin du Travail.*
- *principe de la mise en place d'un observatoire Régional de la Santé au Travail.*

Mais le plus souvent la rédaction est floue et ambiguë et les propositions manifestement hors champ réglementaire

- *les conditions d'accès aux fonctions du Médecin du Travail sont du fait de la loi, et non d'un accord entre les partenaires sociaux.*
- *la définition des risques professionnels et donc des salariés en surveillance médicale particulière et de leur modalité de surveillance est du domaine législatif (L 231-2-21) ou réglementaire (R 241-25) et ne peut être dévolu uniquement aux partenaires sociaux.*

Par contre, il est nécessaire d'impliquer les branches professionnelles dans la détermination a-priori des risques.

- *Et surtout, il convient in fine de laisser à l'employeur l'obligation et la responsabilité de définir le risque inhérent à son entreprise avec l'aide des partenaires sociaux et de ses conseillers dont le Médecin du Travail.*

D'autres propositions sont irrecevables au plan technique et déontologiques. Je veux parler notamment de l'introduction du Médecin de Ville. La mission spécifique du Médecin du Travail est liée à sa connaissance du milieu de Travail. Alors comment va t 'on gérer le paradoxe qui apparaîtra si l'on confie les visites médicales à un médecin en exercice libéral situé hors du champ de l'entreprise ? Il s'agit d'une réelle sous-traitance de la visite médicale. D'ailleurs comme vous le savez, l 'Ordre s'est érigé contre ce projet.

Pour toutes ces raisons, il ne convient pas de donner un accord à ce texte. Il faut le refuser en l'état pour obtenir les modifications indispensables, ce qui nous permettra ultérieurement de signer un texte clair, sans éléments illégaux et réellement équilibré ».

Bernard SALENGRO –président du SGMT– intervient par la suite, en tant que délégué national pôle protection sociale, en enfonçant le clou avec un marteau plus politique.

Le vote final est sans ambiguïté : à l'unanimité, le texte sur la santé au travail présenté par les organisations patronales est rejeté et ne sera pas signé par la CFE-CGC.

Comment assurer une informatisation « confidentielle » ?

Docteur Jacques DELBEY

« Un traitement automatisé de données nominatives ne peut être constitué sans que toutes dispositions soient prises pour assurer la sécurité des traitements et des informations ainsi que la garantie des secrets protégés par la loi, tel le secret médical ».

Ainsi, l'article 29 de la loi du 6 janvier 1978 oblige, sous peines de sanctions pénales, toute personne ordonnant ou mettant en œuvre un traitement automatisé de données nominatives à prendre toutes précautions utiles afin d'empêcher la divulgation, l'altération ou la déformation des données nominatives. « **[05]**

« Sont réputées nominatives, au sens de la présente loi, les informations qui permettent sous quelque forme que ce soit, directement (nom, prénom) ou non (numéro de téléphone, numéro de dossier, lieu de résidence, date de naissance, association d'éléments qui permettent de retrouver l'individu) l'identification des personnes physiques... » (Art. 4 de la loi du 6 janvier 1978.) **[06]**

« Les informations médicales relatives aux patients ont pour principale caractéristique d'être des informations personnelles (personal data des Anglo-Saxons). Elles sont protégées en France depuis 1978 par la loi dite «Informatiques et Libertés» (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés complétée par la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994), et prochainement par la directive européenne «relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données» (Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (JOCE. 23 novembre 1995), qui sera transposée dans le droit français

avant octobre 1998. Selon cette directive on entend par données à caractère personnel «Toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable (personne concernée) : est réputée identifiable une personne qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments spécifiques, propres à son identification physique, physiologique, psychique, économique, culturelle ou sociale...»

« Les logiciels diffusés pour l'informatisation du cabinet médical doivent intégrer les protections nécessaires pour assurer la sécurité des informations médicales et permettre ainsi au médecin de satisfaire ses obligations. » [07]

Les informations contenues dans un dossier médical répondent à cette définition. Des informations banales telles que l'âge, le sexe, la taille, le poids, le lieu d'habitation deviennent des informations «médicales» dans la mesure où elles sont recueillies à l'occasion de la consultation médicale et qu'elles peuvent être utilisées dans la démarche diagnostique et thérapeutique du médecin. Leur spécificité médicale ne réside donc pas dans leurs caractéristiques intrinsèques mais dans leur utilisation et une même information personnelle peut être, selon le contexte, une donnée médicale ou une donnée administrative. Le Comité des ministres du Conseil de l'Europe dans l'annexe de la Recommandation n° R (97) 5 considère que «l'expression « données médicales « se réfère à toutes les données à caractère personnel relatives à la santé d'une personne. Elle se réfère également aux données ayant un lien manifeste et étroit avec la santé...» (Recommandation n° R (97) 5 du comité des ministres aux états membres relative à la protection des données médicales (adoptée par le Comité des ministres le 13 février 1997 lors de la 584e réunion des délégués des ministres). **[07]**

« La commission estime qu'il y a lieu de rappeler qu'en application des articles 29 et 45, alinéa 1, de la loi du 6 janvier 1978, les professionnels de santé s'engagent, vis-à-vis des patients, à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations utiles à leur état de santé, et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées ou communiquées à des tiers non autorisés. Le non-respect de cette disposition est passible des sanctions pénales prévues au titre de l'article 226-17 du code pénal. Enfin, il convient de noter qu'en vertu de l'article 45 du décret du 6 septembre 1995, portant code de déontologie médicale, les dossiers médicaux des patients doivent être conservés sous la responsabilité des médecins qui en assurent le suivi. « **[12]**

6. Principes et techniques de protection des données

«Toute personne ordonnant ou effectuant un traitement d'informations nominatives s'engage (à prendre toute précaution utile afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisées. (Art. 29 de la loi du 6 janvier 1978.)» **[06]**

« La commission recommande que, conformément aux articles L.462 et L.365-1 du code de la santé publique, les instances ordinales concernées soient consultées lors de la mise en place de systèmes d'informations médicales, en particulier sur les modalités de participation des professionnels de santé. « **[12]**

La sécurité et le secret médical.

● Le CNOM recommande aux médecins de veiller à ce que leur soient fournis l'ensemble des renseignements caractérisant les modalités de fonctionnement des équipements, solutions logicielles et services de communication qu'ils sont amenés à utiliser dans leur pratique ou sous leur responsabilité.

La communication d'informations, nominatives ou non, issues du dossier du patient, créé ou géré par un médecin, doit rester sous son contrôle et le destinataire final doit être parfaitement identifié. « **[07]**

« Assurer la communication d'informations confidentielles à de nombreux intervenant tout en garantissant leur sécurité est une spécificité du traitement des informations médicales personnelles. Des protections parfois complexes doivent donc être mises en œuvre pour concilier ces deux notions

quelque peu antagonistes que sont sécurité et communication. » **[07]**

« Les logiciels diffusés pour l'informatisation du cabinet médical doivent intégrer les protections nécessaires pour assurer la sécurité des informations médicales et permettre ainsi au médecin de satisfaire ses obligations. » **[07]**

« Quelques exemples de protection pour un système fonctionnant en réseau :

● MESURES DE SÉCURITÉ PHYSIQUE :

■ Le serveur doit être placé dans un local réservé à l'usage médical, ou dans une salle protégée par un système électromagnétique avec un accès par badge.

■ Les sauvegardes doivent être conservées dans des locaux indépendants.

● MESURES DE SÉCURITÉ LOGIQUE :

■ Il faut mettre en œuvre des procédures de contrôle d'accès de type identification-authentification.

■ L'utilisateur doit s'identifier de façon unique (nom de connexion).

■ Il doit ensuite prouver qu'il correspond bien à l'identité annoncée le plus souvent au moyen de mots de passe individuels (d'une longueur minimale de 6 caractères alphanumériques, changés régulièrement...) « **[06]**

« D'ores et déjà ces logiciels devraient tous comporter une protection des accès par mot de passe d'au moins 8 caractères. Ce mot de passe, choisi par le médecin, est un code secret qui ne doit être connu que de lui seul, et si la secrétaire a la charge de saisir les informations médicales elle doit disposer de son propre code d'accès. Le code doit être suffisamment complexe et formé d'une succession de lettres et de chiffres sans signification particulière notamment à des fins mnémoniques trop faciles à découvrir. » **[07]**

« De nombreux logiciels médicaux assurent la communication du médecin avec ses confrères sur des réseaux externes au cabinet. Les sécurités nécessaires à la protection des informations médicales personnelles qui circuleront à l'extérieur impliquent leur cryptage conformément aux recommandations de la CNIL (CNIL : 17e rapport d'activité pour 1996). Par ailleurs toute connexion dans un réseau comporte un risque d'intrusion de la part d'un tiers extérieur relié au réseau et des barrières logicielles, dispositifs « coupe-feu » ou « fire-wall », doivent être prévus pour interdire l'accès aux informations depuis l'extérieur. C'est ainsi que les liaisons Internet doivent être étroitement protégées. » **[07]**

« Ainsi, en cas de télétransmission, les professionnels de santé doivent pouvoir disposer des moyens techniques nécessaires pour vérifier ou faire vérifier que les dispositifs adoptés garantissent effectivement l'anonymat des données concernant les patients. » **[12]**

« Les sécurités nécessaires à la protection des informations médicales personnelles qui circuleront à l'extérieur impliquent leur cryptage conformément aux recommandations de la CNIL »

« Bien des solutions informatiques proposées par les services pour informatiser les cabinets médicaux comportent aujourd'hui une mise en réseau. Certaines d'entre elles ont même pour particularité d'imposer la société de service comme un intermédiaire obligé qui s'interpose entre les médecins du réseau.

C'est un choix d'organisation qui n'est pas toujours justifié et il est préférable d'aboutir à une communication libre de médecin à médecin grâce à un maillage tel que le permettent les réseaux de type Intranet. » **[07]**

« Par ailleurs le médecin doit garder la maîtrise de la transmission des informations à partir de son système informatique. La transmission d'information doit être un acte volontaire, résultant d'une démarche active sur la base d'un engagement contractuel qui aura clairement défini les objectifs du recueil et du transfert d'informations. » **[07]**

« La mise à disposition des médecins d'un système informatique pour gérer les dossiers médicaux de leurs

patients, et même l'ensemble des activités de leur cabinet, oblige à prévoir les conditions dans lesquelles leur système informatique restera fonctionnel en cas de rupture du contrat.

Une rupture de contrat avec une société commerciale qui aboutirait au retrait du système informatique par cette dernière pourrait être considérée comme un manquement à l'un des trois piliers de la sécurité, c'est-à-dire la disponibilité des informations des patients.

Les conditions de la sécurité des informations, tant au niveau du fichier du médecin que des fichiers de la société commerciale, de même que les garanties d'indépendance du médecin vis-à-vis de cette société doivent donc être définies, par voie contractuelle de manière explicite et détaillée. » **[07]**

> *« Les conditions de la sécurité des informations, .../... doivent donc être définies, par voie contractuelle de manière explicite et détaillée. »*

« Par ailleurs, en matière de recherche médicale, la Commission recommande depuis de nombreuses années que les patients soient informés individuellement de la transmission de leurs données médicales aux organismes de recherche, afin qu'ils puisent exprimer un consentement libre et éclairé à une telle utilisation.

Cette position a été consacrée par la loi du 1er juillet 1995 qui complète la loi du 6 janvier 1978 par un chapitre sur les traitements automatisés de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Cette loi permet une levée du secret médical en faveur de la recherche, et autorise désormais, sous certaines conditions, les transmissions de données médicales nominatives aux organismes de recherche. Elle prévoit, en contrepartie, outre un renforcement des procédures de contrôle des fichiers de recherche, l'obligation d'informer individuellement les personnes concernées (sauf dérogation accordée par la Cnil) et leur offre le droit de s'opposer à ce que les données nominatives les concernant fassent l'objet d'un traitement. Les modalités d'application de la loi ont été fixées par le décret n°95-682 du 9 mai 1995 et les nouvelles procédures de contrôle devraient être mises en place dans le courant du 1er trimestre 1997. « **[05]**

Ministère du travail et des affaires sociales.
Conseil national de l'Ordre des médecins.
Direction des relations du travail.
Le Président.
Inspection médicale du travail.

Le dossier médical en médecine du travail.

(extraits)

Qu'entend-on par dossier médical en médecine du travail ?

« S'il ne le prévoit pas, aucun élément de cet arrêté ne paraît s'opposer à ce que ce dossier soit un dossier informatisé, si le contenu du dossier (ou les informations saisies) prévu par l'arrêté est conforme à la réglementation. » (paragraphe 1)

« Par contre, des notes personnelles telles commentaires du médecin ou confidence faites personnellement au médecin sous le sceau explicite du secret comme une véritable confession doivent figurer sur des plis distincts du dossier lui-même » (paragraphe 2.1.2.)

À qui appartient le dossier médical ?

« Le médecin du travail qui est salarié de l'entreprise ou du service médical interentreprises, n'a pas été personnellement choisi par le travailleur et l'a examiné uniquement parce qu'il était le médecin régulièrement attaché au service, n'a aucun droit de propriété personnelle sur le dossier médical. Il en a seulement la garde. » (paragraphe 1)

La garde et la conservation du dossier médical.

« Le code de déontologie médicale dispose dans son article 73 « Le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a examinées, quels que soient le contenu ou le support de ces documents. » (paragraphe 1)

« La convention collective du personnel des services interentreprises de médecine du travail prévoit dans son article 10 « les services interentreprises s'engagent à prendre toutes dispositions utiles pour que le secret professionnel soit respecté dans les locaux qu'ils mettent à la disposition du personnel, notamment en ce qui

concerne le courrier, les modalités de conservation des dossiers médicaux, quel qu'en soit le support... ». Cette formulation devrait figurer dans les contrats liant le médecin du travail à son employeur. » (paragraphe 1)

La communication du dossier médical.

« 1. En médecine du travail, la communication ou la transmission du dossier médical d'un salarié pose problème en raison de l'infraction qui sanctionne la violation du secret prévu par :

■ l'article L.226-13 du code pénal : «La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende» ;

■ l'article 4 du code de déontologie : «Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret concerne tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.»

■ l'article L.152-7 du code du travail : «Le fait, pour tout directeur ou salarié d'une entreprise où il est employé, de révéler ou de tenter de révéler un secret de fabrique est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 200 000 francs d'amende.»

« 2.1. La communication du dossier médical prévu par la loi du 6 juillet 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Mais en matière médicale, l'intéressé n'a pas d'accès direct aux informations le concernant. Il doit s'en remettre à un médecin : «lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des informations à caractère médical, celles-ci ne peuvent être communiquées à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cet effet »

La finalité de ce droit d'accès indirect au dossier médical est de permettre à l'intéressé de connaître le contenu de son dossier - et non de faciliter l'accès aux données du médecin en tant que tels. Le salarié peut donc désigner tout médecin et éventuellement un médecin du travail. »

« 2.4. Transmission du dossier au médecin choisi par le salarié.

Elle est prévue par l'article R.241-56 du code du travail : le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il peut communiquer, à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix.

... Mais en matière médicale, l'intéressé n'a pas d'accès direct aux informations le concernant. Il doit s'en remettre à un médecin...

Rappelons que cette transmission doit être effectuée par le médecin du travail lui-même ou sous sa responsabilité directe.

«Au médecin de son choix». Cette formulation doit être entendue comme le médecin choisi par le salarié pour que le dossier médical lui soit communiqué.

« 2.5. Transmission des éléments objectifs du dossier médical à un autre médecin du travail.

2.5.1. du même service médical.

... : cette transmission du dossier médical d'un médecin du travail à un autre médecin du travail est possible s'ils se succèdent dans une même entreprise, dans un service interentreprises, ou dans les établissements d'une même entreprise.

2.5.2. d'un autre service médical.

... : La doctrine estime que lorsqu'un salarié quitte

l'entreprise, son dossier médical n'a pas à être transmis au service médical dont il dépendra désormais.

Mais que le travailleur peut toujours demander au service de médecine du travail de son ancien employeur de communiquer les renseignements à son nouveau médecin du travail... »

Bibliographie.

[01]. Les dossiers médicaux et l'informatique.
J - P. ALMERAS.
Le Concours Médical - 07/05/1988 - 110/18, pages 1533 à 1537.

[02]. Le code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail.
COMMISSION INTERNATIONALE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL.
Documents pour le médecin du travail, n° 54, 2e trimestre 1993, pages 135 à 140.

[03]. Outils informatiques et exercice médical. Protéger la confidentialité des informations.
L. DUSSERRE.
Bulletin de l'Ordre des médecins - 12/96, pages 10 et 11.

[04]. L'informatique au cabinet médical et les recommandations de la CNIL.
C. CHABRUN - ROBERT.
Le Concours Médical - 8 février 1997 - 119/05, pages 330 à 332.

[05]. Informatisation des cabinets médicaux et secret médical. Un garde-fou indispensable.
J - P. MICHEL, S. VULLIET - TAVERNIER
Bulletin de l'Ordre des médecins - 04/97, pages 7 à 10.

[06]. Le dossier médical et son informatisation : quelques aspects légaux et déontologiques.
C. GRAVE, N. GHOSN, R. BEUSCART.
Bulletin du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins - n°83, décembre 1997.

[07]. Informatisation du dossier médical : les recommandations du CNOM.
Bulletin du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins - n°83, décembre 1997.

[08]. Recommandations déontologiques pour le choix de logiciels destinés aux cabinets médicaux.
L. DUSSERRE.
Bulletin du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins - n°83, décembre 1997.

[09]. Le secret partagé.
Bulletin de l'Ordre des médecins - 06/98, page 62.

[10]. La sécurité en fiches (5). Aspects juridiques : vos obligations.
Informatique Le Quotidien du Médecin - 16 décembre 1998, pages 29 et 30.

[11]. Le secret médical et professionnel.
O. PAOLETTI.
Sécurité et Médecine du Travail - 01/99, pages 20 à 23.

[12]. Délibération de la CNIL n° 97-008 du 4.2.1997 (J.O. du 12.4.1997)
portant adoption d'une recommandation sur le traitement des données de santé à caractère personnel.
I.B.M.T. 97-2 - N° 95, pages 16 à 18.

[13]. Le dossier médical en médecine du travail.
Ministère du Travail et des Affaires sociales (Direction des relations du travail - Inspection médicale du travail) et Conseil national de l'Ordre des médecins (Le Président).
Document - novembre 1995.

[14]. Code de déontologie médicale.
Décret n° 95-1 000 du 6 septembre 1995.
Bulletin de l'Ordre des médecins, n° 10, octobre 1995, pages 1 à 8.

[15]. Le secret des soignants.
P. MULLER.
Le Concours Médical - 12 juin 1993 - 115/2, pages 1898 à 1906.

[16]. Le nouveau Code pénal.
J.-P. ALMERAS.
Le Concours Médical - 19 février 1994 - 116/07, pages 546 à 548.

[17]. Protection des données concernant les patients dans les services de médecine du travail.
R. VATON.
Médecine et Travail - n° 98 - 1978/4, pages 46 à 51.

[18]. L'éthique ou la morale de l'histoire. Quelques réflexions en médecine du travail.
J.-L. FUMERY.
Revue de médecine du travail, tome XXII, numéro 2, 1995, pages 93 à 97.

[19]. Déontologie du médecin du travail.
Bulletin de l'Ordre des médecins - n° 1/83, avril 1983.

[20]. Votre santé ne regarde personne... et pourtant !
La Vie - n° 2119 du 10 avril 1986.

[21]. Cadre déontologique des interventions des sociétés commerciales dans la mise en œuvre de réseaux informatisés de médecins.
L. DUSSERRE.
Bulletin de l'Ordre des médecins n° 12 - décembre 1997, pages 453 à 456.

[22]. Pratique médicale en réseau et déontologie.
B. HOERNI.
Bulletin de l'Ordre des médecins n° 12 - décembre 1997, pages 437 et 438.

[23]. Le secret médical et la médecine du travail.
P. LOIRET.
Documents pour le médecin du travail, n° 48, 4e trimestre 1991, pages 313 à 328.
Documents pour le médecin du travail, n° 49, 1er trimestre 1992, pages 23 à 40.

[24]. Dossier médical informatisé. Le respect de règles déontologiques s'impose.
O. DUBOIS.
Bulletin de l'Ordre des médecins, n° 09, octobre 1997, pages 7 à 11.

[25]. L'indépendance technique du médecin du travail.
X. LAFONTAINE.
Sécurité et médecine du Travail - 01/99, pages 10 à 15.