

Le Dossier Médical en Santé au Travail (DMST)

① Les sources textuelles

C'est la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010, portant réforme des retraites, qui a conforté l'existence du Dossier Médical en Santé au Travail, en écho à des dispositions préexistantes dans le Code de la Santé publique. D'autres textes s'appliquent, en outre.

On citera ainsi et en premier lieu **l'article L. 4624-8 du Code du travail** libellé comme suit :

"Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et propositions du médecin du travail, notamment celles formulées en application de l'article L. 4624-1. Ce dossier ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur. Le travailleur, ou en cas de décès de celui-ci toute personne autorisée par les articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique, peut demander la communication de ce dossier".

Pour être exhaustif, s'agissant des sources textuelles relatives au dossier, on indiquera également que le Code de déontologie médicale impose, en son article 45 (soit, l'article R. 4127-45 du Code de la Santé publique) :

« Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

.... »

De la même façon, le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant Code de déontologie des infirmiers, a modifié l'article R. 4312-35 dudit code comme suit :

« L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi. L'infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmiers contre toute indiscretion.

Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection de ces données. »

On observera que la notion de soins doit être entendue largement, dans la mesure où la définition de ces derniers - aux termes de l'article L. 4311-1 du même Code - intègre notamment les actions en matière de prévention.

Ces dispositions déontologiques - de valeur règlementaire - font donc référence à d'autres éléments que ceux du dossier tel qu'issu de la loi.

On rappellera, à ce titre, qu'un manquement à la règle ordinaire expose le professionnel concerné à une possible sanction de ses pairs et ce, sans cumul systématique avec les autres régimes de responsabilité possibles (civil et pénal). Il s'agit de règles distinctes, lesquelles sont conditionnées par des régimes juridiques qui coexistent (voir *infra*).

En complément, si la création du dossier est textuellement une initiative médicale, la coordination qui gouverne la prise en charge pluridisciplinaire des salariés demeure compatible avec un partage d'informations protégées entre les professionnels membres de l'équipe, ce dans l'intérêt de la personne prise en charge (voir *infra*).

En pratique, l'exercice en équipe conduit souvent à un dossier unique, alimenté par les sources plurielles de la prise en charge (volets ou sous-dossiers).

② Son contenu et son format

A défaut de dispositions textuelles spécifiques, comme il en existe pour les dossiers médicaux en établissement de soins par exemple, le contenu minimum (ou type) du dossier médical en santé au travail peut parfois être encore une source d'hésitation.

Nonobstant certaines dispositions bien précises, ci-après énumérées, c'est **la règle du caractère formalisé de l'information** qui gouverne l'intégration de celle-ci au dossier, mais de fait – ensuite – sa possible communication à la personne concernée (voir *infra*).

En d'autres termes, dès qu'une information relative à la personne prise en charge fait l'objet d'une mise en forme (écrit, image, etc.), elle devrait être intégrée à son dossier.

Des recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne ont, à ce titre, été homologuées suivant un arrêté du 5 mars 2004 (J.O n° 65 du 17 mars 2004).

On citera, s'agissant des informations contenues au dossier, l'extrait suivant (préambule) :

*"L'article L. 1111-7 du Code de la Santé publique donne à la personne accès aux informations de santé formalisées. Celles-ci doivent être comprises au plus simple : **il s'agit des informations auxquelles est donné un support** (écrit, photographie, enregistrement, etc.) **avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles**. Ces informations sont destinées à être réunies dans ce qu'il est habituel d'appeler le dossier de la personne. Pour cette raison, le terme dossier est utilisé ci-après par facilité d'écriture pour désigner l'ensemble des informations de santé concernant une personne donnée, même si dans la pratique actuelle le dossier ne les comprend pas toujours toutes. **Le mot dossier ne doit pas être envisagé ici de manière restrictive, car toutes les informations formalisées détenues par un professionnel, un établissement de santé ou un hébergeur en dehors du dossier sont communicables.***

(...)

Elle ne saurait dispenser le professionnel de santé de son devoir de communiquer régulièrement à la personne les informations pertinentes concernant sa santé, ce qui devrait limiter les demandes d'accès au dossier et rendre improbable la découverte fortuite d'informations significatives lorsque la personne souhaite accéder à son dossier."

Il existe également des recommandations de la Haute Autorité de la Santé plus particulièrement relatives au DMST datant de 2009, aux termes desquelles une liste des "*informations souhaitées ou recommandées*" pour figurer au dossier est établie, mais de façon non exhaustive.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail

La Haute Autorité indique, en outre, expressément, qu'il est « *souhaitable que le DMST soit informatisé* » et pose, en conséquence, quelques critères quant au choix du logiciel afférent.

De même, on indiquera que le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait adopté un rapport sur cette question (en 2004), retenant alors, le même critère de « l'objectivité » des éléments à intégrer audit dossier. Puis, en décembre 2015, un rapport actualisé a été publié sur ce même sujet par l'Ordre des Médecins, gardant la même logique.

On observera, à ce titre, que le critère de cette « formalisation » entériné, malgré une jurisprudence assez changeante, avait permis, de considérer que les notes dites personnelles des praticiens étaient en conséquence susceptibles d'être consignées au dossier, puis transmises.

Depuis lors, l'article 45 précité du Code de déontologie médicale a été modifié, pour interdire expressément la communication desdites notes, dans le droit fil du critère « d'objectivité », dégagé par l'Ordre. Sur ce point, l'état du droit est donc à nouveau discuté.

Pour autant, le critère de la formalisation de l'information est issu d'une loi, laquelle est une norme supérieure au décret ayant créé ledit Code de déontologie. On indiquera, en conséquence, que le premier devrait donc prévaloir. On remarquera, en outre, qu'aucune définition de ce que recouvre la notion de « note personnelle » n'a été arrêtée à ce jour.

En résumé, concernant les éléments à faire figurer dans le DMST, outre ceux visés par un texte particulier, c'est donc le critère de la « formalisation » de l'information qui doit permettre de décider de son intégration, puis de sa communication (voir *infra*).

En d'autres termes, comme dit précédemment, dès qu'une information relative à la personne prise en charge fait l'objet d'un écrit, elle devrait être intégrée au dossier. Il peut ainsi s'agir d'éléments très variés (compte rendu, résultats, d'exams, notes, etc....).

Enfin, s'agissant du contenu du DMST, on rappellera qu'il existe des dispositions particulières dans le Code du travail.

On mentionnera à ce titre :

Article R. 4624-12 du Code du travail (visite d'information et de prévention)

“Lors de cette visite, un dossier médical en santé au travail est ouvert par le professionnel de santé du service de santé au travail mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1 sous l'autorité du médecin du travail dans les conditions prévues à l'article [L. 4624-8](#).

Article R. 4624-26 du Code du travail (examen médical)

“Lors de cette visite, un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin du travail dans les conditions prévues à l'article [L. 4624-8](#).

Article R. 4412-54 (agents chimiques)

“Le médecin du travail constitue et tient, pour chaque travailleur exposé aux agents chimiques dangereux pour la santé, un dossier individuel contenant :
1° Le cas échéant, les informations communiquées par l'employeur au médecin du travail en application du troisième alinéa de l'article [D. 4161-1](#) ;
2° Les dates et les résultats des examens médicaux complémentaires pratiqués”.

Article R. 4426-8 (agents biologiques pathogènes)

*“Un dossier médical spécial est tenu par le médecin du travail pour chaque travailleur susceptible d'être exposé à des agents biologiques pathogènes.
Une mention de ce dossier spécial est faite au dossier médical prévu aux articles [D. 4624-46](#) et [D. 4626-33](#) du présent code ou à l'article [R. 717-27](#) du code rural et de la pêche maritime”.*

Article R. 4451-83 (rayonnements ionisants)

"I.-Le dossier médical en santé au travail mentionné à l'article R. 4624-26 de chaque travailleur est complété par :

1° L'évaluation individuelle de l'exposition aux rayonnements ionisants transmise par l'employeur au titre de l'article [R. 4451-53](#) ;

2° Les résultats du suivi dosimétrique individuel, ainsi que la dose efficace ;

3° Le cas échéant, les expositions ayant conduit à un dépassement des valeurs limites fixées aux articles [R. 4451-6](#), [R. 4451-7](#) et [R. 4451-8](#) ainsi que la dose reçue au cours de ces expositions ;

4° Les résultats des examens complémentaires prescrits par le médecin du travail dans les conditions prévues aux articles [R. 4624-35](#) à [R. 4624-38](#).

II.-Le dossier médical en santé au travail de chaque travailleur est conservé jusqu'au moment où il a ou aurait atteint l'âge de soixante-quinze ans et, en tout état de cause, pendant une période d'au moins cinquante ans à compter de la fin de l'activité professionnelle impliquant une exposition aux rayonnements ionisants."

Article D. 4625-17 (entreprise de travail temporaire)

" Le médecin du travail ou, sous son autorité, les personnels de santé du service de santé au travail de l'entreprise de travail temporaire constituent et complètent le dossier médical en santé au travail prévu à l'article [L. 4624-8](#). Le médecin du travail conserve ce dossier médical."

Article R. 4624-44 (déclaration d'inaptitude)

" Les motifs de l'avis du médecin du travail sont consignés dans le dossier médical en santé au travail du travailleur. "

Article R. 4626-33 (SST des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux)

"Un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin du travail dans les conditions prévues à l'article [L. 4624-2 du code du travail](#).

Dans le respect des dispositions prévues aux articles [L. 1110-4](#) et [L. 1111-7](#) du code de la santé publique, le médecin du travail recueille et actualise avec l'agent et les services concernés les informations administratives, médicales et professionnelles nécessaires aux actions individuelles et collectives en santé au travail. Ces données sont conservées dans le dossier médical en santé au travail. Il en est de même des avis des différentes instances médicales formulés en application de l'article 71 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Lorsque l'agent quitte l'établissement, un double du dossier médical est remis, avec son accord, au médecin du travail de sa nouvelle affectation. En cas de refus de l'agent, seuls la liste des vaccinations pratiquées et les résultats des tests tuberculiniques sont transmis au médecin du travail."

③ Le secret professionnel et les responsabilités

Ce recueil d'informations, alimenté ensuite par le médecin et les autres professionnels de santé, est naturellement un élément clef du suivi des travailleurs. La question du secret de ces informations est, en corollaire, souvent évoquée.

On précisera, ici, que, si le texte renvoie ici expressément au secret médical, le secret professionnel (lequel est plus général) s'applique, lui et en tout état de cause, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire (ainsi qu'à toutes les personnes ayant connaissance d'une information protégée). Cette obligation de se taire incombe, en effet, à chaque professionnel du Service, lequel s'expose en cas de manquement en la matière, à voir sa responsabilité individuelle recherchée, conformément aux règles du droit pénal (C. pén., art. 226-13).

Rappelons, à ce titre, que cette responsabilité personnelle est à distinguer de celle applicable en matière civile, laquelle vise alors à l'obtention d'une réparation financière et est susceptible d'une garantie assurantielle (ou d'autres mécanismes de substitution).

La responsabilité pénale est, en outre, distincte des procédures organisées en cas de violation caractérisée des règles de déontologie spécifiques aux seuls professionnels de santé (médecins et infirmiers), comme précisé *supra*. On soulignera encore que les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ont également une obligation d'inscription ordinaire et que l'Ordre National des Infirmiers (ONI) a vocation à juger d'éventuels manquements de ces auxiliaires médicaux au Code de déontologie qui leur est dédié.

En matière d'obligation au secret, on ajoutera que les termes du Code de la Santé publique, en son article L. 1110-4 tel que modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, sont, sur ce point, très clairs :

“Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.”

④ Le partage d'informations

En complément de ces dispositions, il convient d'aborder le possible partage d'informations entre professionnels – tel que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé l'envisage désormais.

Ce sujet a initialement fait l'objet de dispositions issues de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (dite “Loi-Kouchner”), déjà appliquées au sein des SSTI, mais qui ont été actualisées au regard de la loi précitée de 2016.

C'est principalement l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique, créé par cette loi de 2002, qui est notablement modifié.

En effet, le partage d'informations protégées expressément envisagé entre les seuls professionnels de santé auparavant, est désormais ouvert entre « *tous les professionnels qui prennent en charge une personne* », dès lors que les informations concernées sont nécessaires, notamment à la prévention.

On retiendra donc que le régime juridique en la matière est envisagé comme suit :

“Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, [le] secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

On dégagera de ce texte plusieurs informations pratiques à décliner au sein des SSTI.

En premier lieu, l'équipe pluridisciplinaire évoluant au sein des SSTI ne correspond pas à la définition de celle visée à l'article L. 1110-12 du même Code, ainsi libellé :

« L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes. »

Partant, les équipes des SSTI ne bénéficient pas de la présomption de l'accord de la personne prise en charge à un tel partage.

Pour autant, ce partage d'informations entre professionnels au sein des équipes des Services reste légalement possible, mais à la condition de l'obtention préalable du consentement de la personne (lequel n'est donc pas présumé).

C'est cette condition qui doit être respectée et formalisée au sein des SSTI. Elle doit, en outre, s'accompagner de l'information d'un droit d'opposition.

On ajoutera que le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins est entré en vigueur le 13 octobre 2016 et a précisé les moyens de recueillir ce consentement.

Plus précisément, les nouveaux articles D. 1110-3 du Code de la Santé publique, disposent :

Article D. 1110-3-1

« Lorsqu'une personne est prise en charge par un professionnel relevant des catégories de professionnels mentionnées à l'article R. 1110-2¹ et ne faisant pas partie de l'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-2, **ce professionnel recueille le consentement de la personne pour partager ces données dans le respect des conditions suivantes :**

¹ Pour mémoire, les professionnels concernés, en plus des médecins et des Infirmiers sont listés à cet article, comme suit :

« R. 1110-2 du Code de la Santé publique :

« **Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :**

1° Les **professionnels de santé** mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

a) **Assistants de service social** mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles ;

b) Ostéopathes, chiropracteurs, **psychologues** et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux (...). »

1° La personne et, le cas échéant, son représentant légal, **est dûment informée, en tenant compte de ses capacités**, avant d'exprimer son consentement, **des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ;**

2° Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, **est recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après** qu'elle a reçu les informations prévues au 1°. »»

En d'autres termes, il appartient à chaque professionnel concerné (médecins, infirmiers, psychologues, assistant de service social ou issu de la liste reproduite en référence), de dispenser, lorsqu'il intervient auprès d'un salarié, les informations telles que mentionnées en gras ci-dessus, ce avant de formaliser l'accord de cette personne.

Cette information doit être intelligible et adaptée à la personne prise en charge.

Le support pour recueillir ce consentement est libre et les Services peuvent envisager différents formats. L'élaboration de bonnes pratiques en la matière serait également souhaitable.

En revanche, la formalisation de la bonne information de la personne suppose un écrit.

L'article D. 1110-3-1 précise que :

« L'information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, **d'un support écrit, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information.** Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Aucun arrêté portant modèle n'est envisagé.

Les Services ont donc une certaine latitude pour élaborer le ou les supports qu'auront à remettre chaque professionnel concerné à la personne, conformément à cette disposition.

Enfin, on observera que le formalisme ici défini pour l'information et le consentement préalables au partage des données ne s'applique pas aux situations d'urgence. Il est, en revanche, reporté dans le temps et mentionné dans le dossier médical.

Surtout, on relèvera que la formalisation organisée par ce décret vaut pour toute la durée de la prise en charge de la personne, et n'est donc pas à renouveler à chaque intervention.

L'article D. 1110-3-3 du même Code est rédigé comme suit :

« Le consentement est recueilli par chaque professionnel mentionné à l'article D. 1110-3-1, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence. Dans ce cas, il procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir à partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le dossier médical de la personne.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne. La prise en charge peut nécessiter une ou plusieurs interventions successives du professionnel.

La matérialisation du recueil des modifications ou du retrait du consentement est faite selon les modalités décrites à l'article D. 1110-3-2.»

Ces principes posés, on abordera ensuite les modalités du droit d'accès de la personne aux informations la concernant.

⑤ Le droit d'accès au dossier de la personne prise en charge et ses modalités

Article L. 1111-7 du Code de la Santé publique (l'accès direct au dossier)

“ Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'[article 459](#) du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

(...)

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-5-1](#), dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de [l'article L. 1110-4](#).

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents ”.

Lorsqu'un salarié demande à avoir accès aux informations le concernant, et colligées à ce titre dans son dossier médical, il exerce un droit. Il n'a donc pas à justifier de raisons pour ce faire, tout autant que sa demande ne doit pas faire l'objet d'une analyse quant à son opportunité éventuelle.

A. La communication du DMST

☐ Les éléments à communiquer

Le principe législatif posé, on indiquera que le CNOM qui s'était déjà exprimé sur ce sujet aux termes d'un rapport adopté en juin 2007, en a publié un second en décembre 2015 (voir *infra*).

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomdossiermedicalsansteautravail_.pdf

Or, la comparaison entre les deux documents élaborés par l'Ordre fait apparaître une différence importante au titre des éléments non communicables, dans la mesure où, en 2007, figuraient dans cette catégorie : les informations sans relation avec l'activité de prévention, les courriers de l'employeur au médecin du travail, les notes personnelles du praticien, les informations recueillies ou adressées par des tiers et celles susceptibles de dévoiler un secret de fabrique (ou des informations confidentielles de l'entreprise).

Ces éléments ne sont plus qu'au nombre de deux, aux termes du dernier rapport daté de 2015, puisque seuls les documents mettant en cause des tiers, en tout ou partie, et les informations susceptibles de dévoiler un secret de fabrique (ou des informations confidentielles de l'entreprise) sont citées comme exceptions à la communication.

Et, y sont expressément listés comme **éléments communicables les « écrits motivés et circonstanciés adressés à l'employeur (article L4624-3 du Code du travail), lorsque le médecin du travail constate un risque pour la santé des travailleurs et si le salarié est concerné par ce risque ».**

Cette dernière assertion est une source d'interrogations juridiques, dans la mesure où l'employeur étant un tiers à la prise en charge du salarié par le médecin du travail, l'article L. 1111-7 précité semble bien exclure de la communication au salarié les éléments destinés à l'employeur conformément au document de l'Ordre datant de 2007, au demeurant. Aucune modification législative n'est en outre intervenue sur ce point entre 2007 et 2015. La portée juridique de cet article de loi étant supérieure à ce rapport, lequel s'apparente à une recommandation ordinale, on suggéra donc de privilégier la règle posée par la loi.

En résumé et en conclusion sur cette partie, tout salarié qui demande à accéder aux informations le concernant exerce donc un droit : le Service ou le médecin ne saurait en apprécier l'éventuelle opportunité, ni s'affranchir des règles gouvernant son contenu.

B. Les modalités pratiques de la communication du DMST

Les modalités d'accès à ces informations par la personne concernée sont précisément organisées par l'article R. 1111-1 du Code de la Santé publique :

“ L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à [l'article L. 1111-7](#) et détenues par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur agréé en application de [l'article L. 1111-8](#), est demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, le tuteur ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire.

La demande est adressée au professionnel de santé ou à l'hébergeur et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés.

Avant toute communication, le destinataire de la demande s'assure de l'identité du demandeur et s'informe, le cas échéant, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire.

Selon les cas prévus par l'article L. 1111-7 précité, le délai de huit jours ou de deux mois court à compter de la date de réception de la demande ; lorsque le délai de deux mois s'applique en raison du fait que les informations remontent à plus de cinq ans, cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée”.

La personne concernée peut ainsi librement et gratuitement consulter son dossier sur place ; en revanche, les éventuelles copies qu'il peut souhaiter sont à sa charge.

Le Service doit, pour sa part, **organiser cette consultation dans les 8 jours de la réception de la demande (ou deux mois, lorsque les informations datent de plus de cinq ans).**

On mentionnera, sur ce point, un autre extrait des recommandations de la HAS relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne (page 8) :

“Les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient, par ses représentants légaux (s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle) ou par ses ayants droit en cas de décès, dès lors que la personne dispose d'un mandat exprès et peut justifier de son identité. La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que ceux du mandant (la personne concernée par les informations de santé). Il est recommandé de rappeler au mandant le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne mandatée.

Dans tous les cas, il convient avant tout traitement d'une demande que le destinataire (responsable de l'établissement, professionnel de santé ou hébergeur) s'assure de l'identité du demandeur, au besoin par la présentation de pièces justificatives qui dépendent de la qualité du demandeur. Aucune demande ne peut être satisfaite sans certitude sur l'identité du demandeur.”

En pratique, on insistera donc sur l'importance à accorder à la vérification, tant de l'identité que de la qualité du demandeur.

Il est en outre bien sûr conseillé aux Services de ne jamais se départir des dossiers originaux (mais d'en garder copie en cas de saisie judiciaire, laquelle oblige à confier les originaux aux autorités compétentes).

Un modèle de formulaire de demande est proposé en annexe (voir page 19).

Enfin, comme sur d'autres aspects relatifs au dossier médical, on énumèrera, à des fins d'exhaustivité, les textes spécifiques du Code du travail relatifs à sa communication :

Article R. 4426-10 (disparition de l'entreprise)

“ Lorsque l'entreprise disparaît ou lorsque le travailleur change d'entreprise, le dossier médical spécial est transmis soit au médecin du travail de la nouvelle entreprise, soit au médecin inspecteur du travail, à charge pour celui-ci de l'adresser, le cas échéant, à la demande du travailleur au médecin du travail désormais compétent. Le dossier médical est communiqué, à la demande du travailleur, au médecin désigné par lui”.

Article R. 4412-57 (risques chimiques)

“ Si l'établissement vient à disparaître ou si le travailleur change d'établissement, l'ensemble du dossier médical est transmis au médecin inspecteur du travail, à charge pour celui-ci de l'adresser, à la demande du travailleur, au médecin du travail désormais compétent ”.

On précisera, de surcroît, que la communication d'un dossier médical dans le cadre des procédures de contestations des avis ou mesures du médecin du travail, font l'objet d'une note juridique spécifique, élaborée par Présanse.

Les aspects relatifs à la garde des dossiers sont présentés ci-après.

6 Obligations de garde, délais de conservation et hébergeurs agréés

A titre liminaire, on précisera que les données contenues dans le dossier médical d'un salarié « n'appartiennent », juridiquement, ni au médecin du travail, ni au Service qui l'emploie. En effet, le professionnel de santé n'est que le dépositaire des éléments qu'il contient, ceux-ci étant nécessaires au suivi dont il est en charge.

A. L'obligation de bonne garde

Dès lors, le médecin concerné et le Service qui l'emploie n'en sont que les gardiens et doivent donc en préserver l'intégrité.

La conséquence pratique la plus fréquente de cette règle est la suivante : un médecin du travail qui fait jouer ses droits à la retraite ne saurait quitter le Service en emportant les dossiers des salariés qu'il a suivis, au motif qu'ils lui "appartiendraient"...

On observera, à ce titre, que la garde du dossier médical a incombé initialement au seul médecin du travail qui devait prendre toutes les dispositions matérielles pour assurer le secret et l'inviolabilité de son fichier, comme l'indiquait le décret n° 69-623 du 13 juin 1969 relatif à l'organisation des services médicaux du travail. Cette formulation n'a, toutefois, pas été reprise par le décret n° 79-231 du 20 mars 1979 ayant le même objet (non modifié à ce sujet par les décrets principaux ultérieurs de 1986 et 1988), qui mentionne que la durée et les conditions de conservation des dossiers seraient fixées par arrêté du ministre du Travail.

On relèvera ensuite que, dans un arrêt du 28 octobre 1970 (n° 69-11099), la 1^{ère} Chambre civile de la Cour de Cassation (concernant un dispensaire de soins) a estimé que les dossiers médicaux constitués dans un tel dispensaire *"étaient l'œuvre collective de tous les médecins de ce centre et mis à la disposition de chacun d'eux, en particulier de celui qui reçoit ou va visiter le malade"*, qu'ils n'ont donc *"aucun droit de propriété sur les fiches médicales"*. Ils en ont seulement la garde.

Par ailleurs, la Convention collective nationale des Services de santé au travail inter-entreprises prévoit, en outre, à ce titre, à l'article 10, que *"... les SSTI s'engagent à prendre toutes dispositions utiles pour que le secret professionnel soit respecté, notamment dans les locaux qu'ils mettent à disposition du personnel, en veillant à l'isolement acoustique de ces locaux où sont examinés les salariés, mais également en ce qui concerne le courrier, les modalités de conservation et d'utilisation des données médicales et l'ensemble des données confidentielles des entreprises, quel qu'en soit le support (y compris numérique)."*

Le Code de déontologie médicale dispose, en outre, en son article 73, que *"le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents"*.

En cas de salariat, c'est à son employeur de lui en assurer les moyens.

On en profitera pour rappeler ici que le Code de déontologie médicale n'est opposable qu'aux seuls médecins et qu'il les expose - en cas de manquement - à une sanction ordinaire de l'Ordre compétent (comme le blâme ou l'avertissement). Ce corpus de règles organise, en quelque sorte, l'"éthique" de la profession médicale et ne saurait prévaloir sur les autres rapports juridiques en présence organisés par des dispositions légales. Il en est de même concernant les infirmiers diplômés d'Etat, s'agissant de leurs règles professionnelles (et de l'article R. 4312-35, alinéa 2, du Code de la Santé publique dédié à la protection du dossier de soins infirmiers). Il s'agit ainsi d'un régime de responsabilité spécifique qui vient s'ajouter aux principes généraux de la responsabilité civile ou encore du droit pénal (voir *supra*).

Salariés d'un Service, ces professionnels de Santé bénéficient en tout état de cause de l'immunité civile attachée à la relation préposé/commettant, qui oblige tout employeur (et son assureur) à assumer les conséquences dommageables résultant de la possible faute de tout salarié (si elle est intervenue dans les limites de sa mission).

En d'autres termes, un médecin du travail de Service de santé au travail qui viendrait à égarer un dossier médical durant l'exercice de sa mission, verrait les éventuelles conséquences financières d'une telle perte prises en charge par son employeur (c'est-à-dire le Service et son assurance) en cas de contentieux civil. En revanche, par exemple, en cas de défaillances manifestes du praticien à cette obligation et dans la mobilisation des moyens du Service pour assurer la confidentialité des informations portées à sa connaissance, il pourrait s'exposer à des poursuites déontologiques (utilisation d'une messagerie personnelle non sécurisée pour l'envoi de documents protégés au lieu de celle dédiée à ce professionnel de santé).

Il convient de retenir de ces développements que les médecins du travail et les Services de santé au travail n'ont donc aucun droit de propriété - au sens strict - sur le dossier médical, mais uniquement l'obligation de la bonne garde de celui-ci.

En conclusion sur ce point, c'est sur le SSTI, que pèse l'obligation de conservation, lequel en est donc civilement responsable (en cas de conséquences dommageables, après un dégât des eaux, par exemple).

B. Les délais de conservation

Il n'existe pas de texte consacrant un principe unique quant au délai de conservation du Dossier Médical en Santé au Travail (DMST)².

On observera néanmoins que le Code de la Santé publique (CSP) impose aux établissements de santé de conserver les informations de santé de leurs patients 20 ans *"à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation en externe en son sein"*.

Et "lorsqu'en application de ces dispositions, la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès."

Il est utile de souligner, par ailleurs, que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a, pour sa part, émis en mai 2009 une recommandation relative à la durée de conservation des dossiers médicaux, en l'absence de disposition spécifique à l'exercice libéral, laquelle a, au demeurant, été confirmée aux termes du dernier rapport de décembre 2015. Se référant usuellement au délai de prescription en matière civile, le Conseil privilégie également le délai de 20 ans (déjà applicable aux établissements, comme précité).

En dernier lieu, le Code du travail prévoit différentes durées de conservation des documents de prévention par l'entreprise (5, 10 ans ou sans limitation), en plus des régimes spécifiques relatifs à certains risques (10, 12, 15, 20, 25, 30, 35, 40 ou 50 ans, cf. *infra*).

On précisera, en tout état de cause, que la situation personnelle du salarié est sans incidence sur les principes de durée de conservation. Ainsi, que le salarié concerné soit embauché sur une courte durée ou en retraite, la durée de conservation de ses données par les gardiens de ces informations demeure identique.

Au regard des développements qui précèdent, on retiendra donc le délai, communément retenu, de 20 ans, hors les cas spécifiques ci-après rappelés.

² Sauf cas particuliers (voir Annexe, page 18).

Concernant ces cas spécifiques, est exposé, ci-après, un rappel des principales dispositions particulières :

Agents biologiques : Décret n° 94- 352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques (C. trav., art. R. 4421-1 et suivants) (Arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes).

Le dossier médical spécial est conservé pendant dix ans à compter de la cessation de l'exposition (C. trav., art. R.4426-9).

Toutefois, dans les cas cités à l'article R. 4426-2 du Code du travail (relatifs aux agents biologiques susceptibles de provoquer des maladies présentant une longue période d'incubation), le dossier médical spécial est conservé pendant une période plus longue, pouvant atteindre quarante ans après la cessation de l'exposition connue (C. trav., art. R. 4426-9) (Voir ci-dessous, Durée de conservation du DMST : les Cas particuliers, page 18).

En tout état de cause, le Code de la Santé publique précise « *qu'à l'issue du délai de conservation mentionné (par les textes) et après, le cas échéant, restitution à l'établissement de santé des données ayant fait l'objet d'un hébergement en application de l'article L. 1111-8, le dossier médical peut être éliminé* ». On indiquera à toutes fins utiles, qu'au sein des établissements de soins, la décision d'élimination est prise par le directeur de l'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale.

Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, cette élimination est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, qui détermine ceux de ces dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique.

Il n'existe cependant pas de dispositions similaires dédiées aux SSTI dans le Code du travail.

Ces règles rappelées, il convient d'aborder le régime dédié à l'hébergement des données de santé, lequel concerne les SSTI indirectement, voire directement.

C. Les hébergeurs agréés

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) a d'abord modifié les dispositions du Code de la Santé publique relatives à l'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Depuis, la loi n°2016-41 - dite « Touraine » - en date du 26 janvier 2016, a actualisé les règles juridiques en la matière, ce qui a une incidence sur le fonctionnement des Services.

On observera, sur ce point, que le CNOM a fait état de plusieurs recommandations quant à la dématérialisation du DMST, aux termes de son rapport de décembre 2015.

Pour autant, ce document est antérieur à la loi précitée de 2016 et n'est donc, de fait, pas en parfaite cohérence avec certaines dispositions légales nouvelles. En conséquence, la loi demeure la norme à privilégier en la matière également.

Il est utile en outre, de relever qu'il n'y a pas de distinction en matière de confidentialité en fonction de la nature du support :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomdossiermedicalsanteautravail.pdf>

On précisera, dans ce contexte, le principe qui suit (CSP, art. L. 1110-4-1) :

*“ Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel **et tout autre organisme participant à la prévention**, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.”*

On rappellera que le groupement d'intérêt public évoqué était l'ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé), en charge notamment de la gestion du DMP (Dossier Médical Personnel) jusqu'à la publication de la loi dite Touraine.

C'est en tout cas sur son site qu'est accessible une liste actualisée des hébergeurs agréés (jusqu'à ce jour utile aux SSTI dans le cadre d'un archivage externalisé des dossiers) :

<http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/hebergeurs-agrees>

Un champ d'application élargi

On mentionnera et commentera, en complément et surtout, les nouvelles dispositions de l'article L. 1111-8 du Code de la Santé publique, qui précisent que :

***“ Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même, doit être agréée à cet effet.** Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. (...) »*

On soulignera l'importance de cet article qui vise, selon nous, les SSTI, dans la mesure où ils correspondent à la catégorie des personnes hébergeant des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, pour le compte des personnes ici visées.

C'est, en effet, cet article, dans sa nouvelle rédaction, qui conditionne un régime d'obligations spécifiques.

Ce n'était jusqu'alors pas le cas, en application du libellé antérieur à la loi dite « Touraine ».

Désormais, il convient donc de retenir que chaque SSTI doit entamer une démarche visant à l'obtention de l'agrément afférent en tant qu'hébergeur lui-même (nonobstant les situations d'externalisation pour l'archivage).

Le régime afférent

On relèvera ensuite que l'hébergement de ces données ne nécessite pas une autorisation en la forme de la personne qui va être prise en charge, mais sa seule information.

En pratique, celle-ci intervient le plus souvent sous forme d'un affichage dans les salles d'attente, dans les cabinets médicaux ou encore par une mention sur les convocations. La notion d'opposition pour motif légitime n'est, en revanche, pas définie par les textes.

L'article précité se poursuit comme suit :

« Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement, quel qu'en soit le support, fait l'objet d'un contrat. (...) »

Cette règle n'appelle pas d'observations particulières. Il est indiqué ensuite que :

« Les conditions d'agrément des hébergeurs des données, quel qu'en soit le support, sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'[article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée](#), en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article [L. 4113-6](#) s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'[article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000](#) relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément. (...) ».

et que :

« Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes physiques ou morales à l'origine de la production de soins ou de leur recueil et qui sont désignées par les personnes concernées. L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat, dans le respect des articles L. 1110-4 et L. 1111-7. (...) »

Le principe posé est souple, dans la mesure où il relève de la sphère contractuelle. Son libellé permet, en outre, d'envisager un accès à tous les membres des équipes pluridisciplinaires, ce dans le respect du nouveau cadre de partage des informations protégées précité (voir *supra*).

Enfin, l'article ajoute :

« Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que celles qui les leur ont confiées.

Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données aux personnes qui les lui ont confiées, sans en garder de copie.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'[article 226-13 du Code pénal](#).

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles [L. 1421-2](#) et [L. 1421-3](#), au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la Santé.

Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes, directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'[article 226-21 du code pénal](#). ».

En d'autres termes, le régime d'accès et de conservation de ces données est donc restrictif, encadré et protégé spécifiquement.

C'est dans ce contexte que le décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel a été publié au J.O du 28 février 2018.

Il y est précisé le champ des activités d'hébergement de ces données et fixé celles qui nécessitent désormais une certification, ainsi que les modalités de ce régime.

On observera, en outre, que ces dispositions sont notamment élaborées sous le visa du RGPD.

On précisera ensuite, qu'il est inséré au Code de la Santé publique, une sous-section 1 ter ainsi rédigée :

« Dispositions générales relatives à l'hébergement de données de santé à caractère personnel »

« Art. R. 1111-8-8.-**L'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel** mentionnée au I de l'article L. 1111-8 **consiste à héberger les données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention**, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social :

« 1° Pour le compte de personnes physiques ou morales, responsables de traitement au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, à l'origine de la production ou du recueil de ces données ;

« 2° Pour le compte du patient lui-même.

« Toutefois, ne constitue pas une activité d'hébergement au sens de l'article L. 1111-8, le fait de se voir confier des données pour une courte période par les personnes physiques ou morales, à l'origine de la production ou du recueil de ces données, pour effectuer un traitement de saisie, de mise en forme, de matérialisation ou de dématérialisation de ces données.

« II. Les responsables de traitement mentionnés au 1° du I, qui confient l'hébergement de données de santé à caractère personnel à un tiers, s'assurent que celui-ci est titulaire du certificat de conformité mentionné au II de l'article L. 1111-8. »

Le libellé de cette disposition réglementaire, reprenant le principe posé par la loi, semble ainsi confirmer que les SSTI sont concernés.

De plus, il est désormais indiqué dans la partie réglementaire du Code :

« Hébergement des données de santé à caractère personnel sur support numérique soumis à certification »

« Art. R. 1111-9.-**Est considérée comme une activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel sur support numérique** au sens du II de l'article L. 1111-8, **le fait d'assurer pour le compte du responsable de traitement** mentionné au 1° du I de l'article R. 1111-8-8 ou du patient mentionné au 2° du I de ce même article, **tout ou partie des activités suivantes** :

« 1° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle des sites physiques permettant d'héberger l'infrastructure matérielle du système d'information utilisé pour le traitement des données de santé ;

« 2° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l'infrastructure matérielle du système d'information utilisé pour le traitement de données de santé ;

« 3° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l'infrastructure virtuelle du système d'information utilisé pour le traitement des données de santé ;

« 4° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de la plateforme d'hébergement d'applications du système d'information ;

« 5° L'administration et l'exploitation du système d'information contenant les données de santé ;

« 6° La sauvegarde des données de santé. »

Le contrat d'hébergement fait ensuite l'objet de dispositions spécifiques, obligeant à l'élaboration de clauses relatives, notamment, aux mesures visant à garantir le respect des droits des personnes concernées par ces données de santé.

Enfin, le décret explicite les dates d'application dans le temps du nouveau régime de certification créé et énonce, à ce titre, que les agréments délivrés avant le 31 mars 2019 restent soumis au régime antérieur jusqu'à leur terme et que ceux qui arrivent à échéance avant le 31 mars précité seront prolongés de 6 mois pour permettre les démarches de certification.

*
* *

(voir p. suivantes,

**Les cas particuliers de durée de conservation
du dossier médical en santé au travail
p. 18**

et

**Formulaire de demande
de communication du dossier médical par un salarié
p. 19**

Les Notes juridiques sont élaborées par le Pôle Juridique de Présanse au bénéfice des Services de Santé au Travail Interentreprises adhérents. La reproduction totale ou partielle est autorisée pour les adhérents de Présanse, moyennant mention complète de la source, y compris de la date de publication. Nous attirons, en effet, l'attention des adhérents sur le fait que le contenu de ces notes est lié à une actualité juridique qui peut évoluer dans le temps.

Les cas particuliers de durée de conservation du dossier médical en santé au travail cités à l'article R.4426-2 du Code du travail

Le dossier médical spécial est conservé pendant dix ans à compter de la cessation de l'exposition. Toutefois, dans les cas cités à l'article R. 4426-2 du Code du travail (relatifs aux agents biologiques susceptibles de provoquer des maladies présentant une longue période d'incubation), le dossier médical spécial est conservé pendant une période plus longue, pouvant atteindre cinquante ans après la cessation de l'exposition connue (C. trav., art. R. 4426-9).

Agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction

Décret n° 2001-97 du 1^{er} février 2001 établissant des règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

Le dossier médical doit être conservé pendant cinquante ans après la fin de la période d'exposition (C. trav., art. R. 4412-55).

Benzène

Le décret n° 2001-97 du 1^{er} février 2001 a abrogé le décret n° 86-269 du 13 février 1986 qui prévoyait une durée de conservation du dossier médical de trente ans, au moins, après la cessation de l'exposition. Depuis lors, c'est le droit commun qui s'applique.

Chlorure de vinyle monomère

Le décret n° 2001-97 du 1^{er} février 2001 a abrogé le décret n° 80-203 du 12 mars 1980 qui prévoyait une durée de conservation du dossier médical de trente ans, au moins, après la cessation de l'exposition. En l'absence de disposition nouvelle, c'est la durée normale qui trouve à s'appliquer.

Agents chimiques dangereux

Décret n° 92-1261 du 3 décembre 1992 relatif à la prévention du risque chimique.

Décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003 relatif à la prévention du risque chimique.

Décret n° 95-608 du 6 mai 1995.

Décret n° 2004-725 du 22 juillet 2004 relatif aux substances et préparations chimiques et modifiant le code du travail et de la santé publique.

Le dossier médical doit être conservé pendant au moins cinquante ans après la fin de la période d'exposition (R. 4412-55 du Code du travail).

Silice

Décret n° 97-331 du 10 avril 1997 relatif à la protection de certains travailleurs exposés à l'inhalation de poussières siliceuses sur leurs lieux de travail : application des dispositions des articles R. 4412-1 et suivants du Code du travail. L'article R. 4412-55 dudit Code est donc applicable.

Le dossier médical doit être conservé pendant, au moins, cinquante ans après la fin de la période d'exposition (C. trav., art. R. 4412-55).

Plomb

Le décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003 abroge le décret n° 88-120 du 1^{er} février 1988 qui prévoyait une durée de conservation du dossier médical de dix ans après la fin de l'exposition au risque. Depuis lors, c'est le délai normal qui s'applique.

Amiante

Décret n° 2006-761 du 30 juin 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante et modifiant le Code du travail.

A N N E X E
DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL PAR UN SALARIE
(article L. 4624-2 du Code du travail,
articles L. 1110-7 et L. 1111-7 du Code de la Santé publique)

Je soussigné(e),
M / Mme / Mlle.....
(nom, prénom : pour les femmes mariées, ajouter le nom de jeune fille)

Né(e) le..... Tel. :
Domicilié(e).....
.....
.....

Salarié(e) de la société (ou ancien(ne) salarié(e) de la société)
.....
.....

Le cas échéant : représentant(e) légal(e) (titulaire de l'autorité parentale, tuteur...) ou ayant droit de :

(Nom, prénom du salarié) Né(e) Qualité :.....

demande à obtenir communication de la copie de son dossier médical ou des documents suivants :

.....
.....
.....
.....
.....

Etabli(s) par le Service de santé au travail interentreprises (*rayez la mention inutile*) :

- à mon nom
- au nom de (la personne dont je suis le représentant légal ou l'ayant droit) :
.....

Au plus tard dans les 8 jours de la présente demande (ou 2 mois lorsque les informations médicales datent de plus de 5 ans) et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures en application des dispositions en vigueur,

selon les modalités suivantes (*cocher la case correspondante*) :

- ☐ Consultation gratuite sur place au sein du Service de santé au travail interentreprises (*Prendre rendez-vous avec le Service*)
- ☐ Remise des copies payantes sur place au sein du Service de santé au travail interentreprises (*Prendre rendez-vous avec le Service*)
- ☐ Envoi postal des copies payantes à :

M., Mme, Mlle (nom, prénom, adresse)

- ☐ Envoi postal des copies payantes au :

Docteur (nom, prénom, adresse)

.....
.....
.....

Motif de la demande (pour le dossier d'un salarié décédé, s'il ne s'y est pas opposé de son vivant) :

- Communication nécessaire pour connaître les causes de la mort,
 - Communication nécessaire pour défendre la mémoire du défunt,
 - Communication nécessaire pour faire valoir mes (nos) droits.
-

Etant précisé que :

- Je suis informé(e) qu'en application des articles précités, les frais de copies éventuelles sont à la charge du demandeur,
- Je suis également informé(e) que je peux demander à accéder à ces informations par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix,
- Je m'engage en tout état de cause à produire tout justificatif utile permettant au Service de connaître mon identité et/ou ma qualité et lui en laisser copie.

Date :

Signature :

Renseignements facilitant la recherche du dossier
(Dates de début et fin du contrat de travail, etc...)

.....
.....
.....
.....
.....

- Pièce à joindre : copie de la CNI