

Benoît APOLLIS
Docteur en droit
benoit.apollis@avocats-cba.fr
Avocat associé

Xavier Badin
Docteur en droit
xavier.badin@avocats-cba.fr
Avocat associé

Maxence CORMIER
DEA droit public interne
DEA Finances publiques et fiscalité
maxence.cormier@avocats-cba.fr
Avocat associé

Jean-Michel de FORGES
Agrégré de droit public
jean-michel.deforges@avocats-cba.fr
Avocat honoraire

Aurélie Gautriaud
M2 Droit public de l'économie
aurelie.gautriaud@avocats-cba.fr
Avocat

Pauline HEINRICH
M2 Management stratégique
des organisations de santé
M2 Droit public général
pauline.heinrich@avocats-cba.fr
Avocat

Adrien menudier
Docteur en droit
adrien.menudier@avocats-cba.fr
Avocat

Gabrielle de CROZALS
M2 Droit et gouvernance
des établissements de santé
M2 Droit sanitaire et social
gabrielle.decrozals@avocats-cba.fr
Avocat

Louis LUCCIO
M2 Droit sanitaire et social
louis.luccio@avocats-cba.fr
Juriste

www.cormierbadinapollis.fr

CNURPS Médecins libéraux
37 rue des Mathurins
Paris, 75008

Diffusion possible à tous les
MEDECINS ressortissants des
URPS-ML membres de la CN
URPS-ML.

Paris, le 23 juin 2026

Objet : Légalité du dispositif des réunions pluriprofessionnelles de retour à l'emploi

Nos Réf. : 0695_MC_GC

L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine soutient l'expérimentation de réunions de concertation médicale destinées à favoriser le retour à l'emploi des salariés en arrêt de travail ou exposés à un risque de désinsertion professionnelle. Ce dispositif, d'abord déployé dans les Landes et en cours d'extension sur certains territoires de la région, s'inscrit dans une logique de prévention de la désinsertion professionnelle et de reprise professionnelle précoce, en complémentarité notamment du dispositif SOS IJ.

Les réunions envisagées associent trois médecins intervenant autour de la situation du salarié, mais dans des cadres juridiques distincts : le médecin traitant ou, le cas échéant, un médecin spécialiste, chargé de la prise en charge médicale du patient ; le médecin-conseil de l'Assurance Maladie, intervenant au titre du service du contrôle médical et de l'appréciation des droits aux prestations ; et le médecin du travail du service de prévention et de santé au travail, dont la mission est exclusivement préventive et tend notamment à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ces réunions sont organisées hors la présence du patient, mais après recueil de son consentement écrit.

L'objectif poursuivi est de permettre à ces médecins d'identifier, de manière concertée, les solutions susceptibles de faciliter la reprise d'activité du patient-salarié, en tenant compte de son état de santé, de ses aptitudes, des contraintes liées à son poste de travail, ainsi

que des possibilités d'aménagement, d'adaptation ou de reclassement. Cet objectif rejoint les orientations de prévention de la désinsertion professionnelle désormais fortement affirmées par le code du travail, notamment dans les missions des services de prévention et de santé au travail.

Toutefois le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis un avis défavorable à la poursuite du dispositif. Le CNOM considère, en substance, que le partage d'informations médicales entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail ne serait pas possible, y compris avec le consentement du patient, dès lors que ces médecins ne relèveraient pas d'une même équipe de soins au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique et que le médecin-conseil ne participerait pas à la prise en charge du patient.

Dans ce contexte, vous avez sollicité le cabinet aux fins d'apprécier la légalité du partage d'informations médicales dans le cadre de ces réunions tripartites, au regard notamment du consentement écrit du patient, des dispositions relatives au secret médical, des textes applicables à l'Assurance Maladie et des règles propres à la santé au travail. Il convient également d'identifier les fondements juridiques susceptibles de sécuriser le dispositif et d'apprécier la portée de la position exprimée par le CNOM.

L'analyse impose de distinguer deux questions.

En premier lieu, les réunions tripartites ne paraissent pas pouvoir être fondées sur le seul régime de droit commun du « secret médical partagé » prévu par les articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique. Ces dispositions permettent l'échange ou le partage d'informations entre professionnels participant à la prise en charge d'une même personne ou appartenant à une même équipe de soins, mais elles ne permettent pas d'assimiler le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin du travail à une l'équipe de soins du médecin traitant ou du médecin prescripteur.

En second lieu, cette impossibilité de se placer sur le seul terrain de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique ne signifie pas que tout échange d'informations serait nécessairement prohibé. Plusieurs dispositions spéciales du code de la sécurité sociale et du code du travail organisent, sous conditions, des transmissions d'informations entre ces différents acteurs, notamment dans le cadre de l'ouverture ou du maintien des droits sociaux du patient, du suivi des arrêts de travail, de la prévention de la désinsertion professionnelle et de l'intervention des services de prévention et de santé au travail.

Dans ces conditions, l'avis rendu par le Conseil national de l'Ordre des médecins nous paraît présenter une portée limitée. S'il apparaît fondé en ce qu'il exclut la possibilité de justifier les réunions tripartites par le seul mécanisme du secret médical partagé applicable aux équipes de soins, il ne saurait, selon nous, être interprété comme consacrant une interdiction générale et absolue de tout échange d'informations entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail. Une telle lecture ne tiendrait pas pleinement compte des dispositifs spécifiques mis en place par le législateur afin de favoriser la coordination de ces acteurs dans le cadre du maintien en emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle.

La présente consultation examinera donc, dans un premier temps, les limites du recours au régime général du secret médical partagé prévu par le code de la santé publique (I), avant d'analyser, dans un second temps, les fondements spéciaux permettant d'envisager des échanges ciblés d'informations entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail, sous réserve d'un encadrement strict du dispositif (II).

I. L'impossibilité de fonder les réunions tripartites sur le régime de droit commun du « secret médical partagé » prévu à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique

Les réunions envisagées ont pour objet d'associer, autour de la situation d'un salarié en arrêt de travail ou exposé à un risque de désinsertion professionnelle, trois médecins intervenant à des titres distincts : le médecin traitant ou spécialiste prescripteur, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin du travail du service de prévention et de santé au travail.

Il convient, en premier lieu, de déterminer si ces réunions peuvent être juridiquement fondées sur le régime de droit commun de l'échange et du partage d'informations couvertes par le secret médical, tel qu'il résulte des articles L. 1110-4, L. 1110-12 et R. 1110-1 et suivants du code de la santé publique.

A) Le secret médical demeure le principe ; son partage n'est possible que dans les conditions strictement énoncées par les textes

Aux termes de l'article L. 1110-4, I du code de la santé publique, toute personne prise en charge par un professionnel de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Le même article précise que, sauf dérogation expressément prévue par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations, concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Cette exigence est reprise, pour les médecins, par l'article R. 4127-4 du code de la santé publique, aux termes duquel le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Ce secret couvre non seulement ce qui a été confié au médecin, mais également ce qu'il a vu, entendu ou compris dans l'exercice de sa profession.

La violation du secret professionnel est en outre pénalement sanctionnée. L'article 226-13 du code pénal punit 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, d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Il en résulte que le consentement du patient, s'il constitue une condition importante dans certaines hypothèses, ne suffit pas, à lui seul, à autoriser n'importe quel échange d'informations médicales entre professionnels. L'échange doit encore s'inscrire dans un cadre légal déterminé, respecter la finalité prévue par les textes et demeurer strictement limité aux informations nécessaires.

B) L'article L. 1110-4 du code de la santé publique distingue l'échange d'information entre professionnels participant à la prise en charge et le partage au sein d'une équipe de soins

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique permet à un professionnel d'échanger avec un autre professionnel identifié des informations concernant un patient à la condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que les informations échangées soient strictement nécessaires à la coordination des soins ou à leur continuité, à la prévention ou au suivi médico-social du patient.

L'article précité prévoit toutefois deux régimes distincts selon que les professionnels concernés appartiennent ou non à la même équipe de soins :

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, 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. Dans cette hypothèse, les informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe (article L. 1110-4, III du code de la santé publique).

Lorsque les professionnels ne font pas partie de la même équipe de soins, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert le consentement préalable de celle-ci, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

Les dispositions réglementaires confirment le caractère strictement encadré de ces échanges.

L'article R. 1110-1 du code de la santé publique précise que les professionnels, participant à la prise en charge d'une même personne, peuvent échanger ou partager des informations dans une double limite : d'une part, les seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne ; d'autre part, le périmètre de leurs missions.

L'article R. 1110-2 du code de la santé publique énumère les catégories de professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge. L'article R. 1110-3 du même code précise les modalités d'information préalable de la personne concernée lorsque l'échange intervient entre professionnels relevant de catégories différentes. Enfin, l'article D. 1110-3-1 du code de la santé publique encadre le recueil du consentement lorsque la personne est prise en charge par un professionnel ne faisant pas partie de l'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

Ces dispositions appellent deux observations.

En premier lieu, le consentement préalable de la personne n'est pas un fondement autonome permettant de s'affranchir des conditions posées par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Il intervient dans le cadre d'un échange ou d'un partage d'informations nécessaires à la prise en charge de la personne, entre professionnels habilités, dans la limite de leurs missions respectives.

En second lieu, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique ne permet d'assimiler tout groupe de professionnels intervenant autour d'une même situation ni à une équipe de soins ni comme participant à la prise en charge du patient. Ces deux qualifications relèvent en effet de définitions qui supposent le respect des conditions spécifiques posées par divers articles du code de la santé publique.

C) Les trois médecins concernés ne constituent pas une « équipe de soins » au sens des dispositions de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique

L'article L. 1110-12 du code de la santé publique définit l'équipe de soins comme 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.

Au regard de cette définition, la seule circonstance que le médecin traitant, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin du travail interviennent, chacun dans son champ de compétence, autour de la situation d'un même salarié ne suffit pas à caractériser l'existence d'une équipe de soins.

En effet, le médecin conseil et le médecin du travail ne participent pas, dans le cadre de leurs missions respectives, à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique ou de soins au bénéfice du patient au sens strict de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

Le médecin-conseil de l'Assurance Maladie intervient au titre du contrôle médical. Celui-ci porte sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité, et le service du contrôle médical constate notamment les abus en matière de soins, de prescription d'arrêts de travail et de tarification des actes et prestations (article L. 315-1 du code de la sécurité sociale).

De même, le médecin du travail exerce une mission distincte de la prise en charge thérapeutique du patient. Son rôle est exclusivement préventif : il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion, leur état de santé et tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail (article L. 4622-3 du code du travail).

D) Les trois médecins concernés ne participent pas tous à la prise en charge du patient au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique ne permet, hors équipe de soins, qu'un échange d'informations entre professionnels participant à la prise en charge.

Or, il résulte également de ce qui précède que les réunions tripartites associant le médecin traitant, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin du travail ne paraissent pas davantage pouvoir être rattachées à la seconde hypothèse prévue par l'article L. 1110-4, qui autorise l'échange ou le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins lorsqu'ils participent à la prise en charge d'une même personne. En effet, si le médecin traitant participe incontestablement à la prise en charge du patient, tel n'est pas le cas du médecin du travail ni du médecin-conseil de l'Assurance Maladie.

Cette interprétation est confortée par les travaux parlementaires ayant précédé l'adoption des dispositions relatives au partage d'informations de santé, dont il ressort que la notion de « prise en charge » renvoie aux professionnels intervenant directement dans le parcours de soins ou médico-social de la personne, et non aux acteurs exerçant des missions de contrôle, d'expertise ou de prévention. Dans ces conditions, ni le médecin du travail ni le médecin-conseil ne peuvent être regardés comme participant à la prise en charge du patient au sens de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Cette analyse rejoint, sur ce point, la position exprimée par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son courrier du 24 avril 2026, selon lequel le médecin-conseil ne participe pas à la prise en charge du patient et n'est pas membre d'une équipe de soins, de sorte que le médecin traitant ne peut pas lui communiquer des informations médicales sur le fondement du régime général de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Elle ne signifie pas nécessairement que tout échange d'informations entre ces acteurs serait interdit en toute hypothèse. En effet, plusieurs textes spéciaux du code de la sécurité sociale et du code du travail organisent des transmissions ciblées entre le médecin traitant, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin du travail, sous réserve de conditions spécifiques tenant notamment à la finalité de l'échange, à l'accord ou au consentement du travailleur, à la stricte nécessité des informations transmises et au périmètre des missions de chaque médecin.

Ainsi, à ce stade de l'analyse, il convient de retenir que le dispositif ne peut pas être sécurisé sur le fondement du seul article L. 1110-4 du code de la santé publique, mais qu'il doit être

apprécié, dans un second temps, au regard des fondements spéciaux susceptibles d'autoriser certains flux d'informations dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle et du retour à l'emploi.

II. L'existence de fondements spéciaux permettant d'envisager des échanges ciblés d'informations entre le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail

Ainsi qu'il a été exposé, les réunions tripartites envisagées ne peuvent pas être fondées sur le seul régime général du « secret médical partagé » prévu par les articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique.

Cette conclusion ne signifie toutefois pas que tout échange d'informations entre le médecin traitant, le médecin-conseil de l'Assurance Maladie et le médecin du travail serait nécessairement prohibé.

En effet, plusieurs dispositions spéciales du code du travail, du code de la sécurité sociale et du code de la santé publique organisent déjà des communications d'informations entre ces différents médecins ou les services auxquels ils appartiennent. Ces communications sont encadrées par des conditions strictes tenant notamment à la finalité de l'échange, à l'accord ou au consentement du patient ou du travailleur, à la qualité des destinataires et à la limitation des informations transmises.

Dans ces conditions, les réunions tripartites peuvent être analysées non comme un fondement autonome de partage d'informations médicales, mais comme une modalité pratique de coordination d'informations dont la transmission est, par ailleurs, déjà autorisée par des textes spéciaux.

A) Les communications autorisées entre les trois médecins concernés

1. Les communications autorisées entre le médecin traitant et le médecin du travail

D'abord, le médecin du travail peut proposer au travailleur que son médecin traitant assiste à sa réunion de suivi individuel, avec le consentement du travailleur et si le médecin du travail considère que l'état de santé du travailleur ou les risques professionnels auxquels celui-ci est exposé le justifient (art. L. 4624-1 du code du travail).

Ensuite, les éléments nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins au sein du dossier médical en santé au travail sont versés, sous réserve du consentement du travailleur, préalablement informé, dans son dossier médical partagé, au sein d'un volet relatif à la santé au travail. Ces éléments sont accessibles, uniquement à des fins de consultation, aux professionnels de santé participant à la prise en charge du travailleur (et donc au médecin traitant) sous réserve du consentement du patient (art. L. 4624-5 du code du travail).

Enfin, le médecin du travail peut avoir accès aux éléments du dossier médical partagé du travailleur sauf opposition de la part de ce dernier (art. L. 4624-8-1 du code du travail).

Ces textes ne visent pas directement les réunions tripartites envisagées, notamment lorsqu'elles sont organisées hors la présence du patient. Ils démontrent néanmoins que le législateur admet expressément, sous réserve du consentement du travailleur, une mise en relation du médecin traitant et du médecin du travail lorsque l'état de santé du travailleur ou les risques professionnels auxquels il est exposé le justifient.

Au demeurant, cette mise en relation est confirmée par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son [bulletin numéro spécial de novembre 2024 portant sur le secret médical](#) :

En tant que médecin traitant, suis-je autorisé à fournir des informations au médecin du travail?

Pour assurer la bonne prise en charge du patient salarié, le médecin traitant peut fournir toutes les informations médicales qu'il juge pertinentes et nécessaires au médecin du travail. Cependant, il doit obtenir le consentement du patient salarié, le médecin du travail ne faisant pas partie de l'équipe de soins telle que définie par la loi. L'Ordre vous recommande de consigner les informations que vous souhaitez porter à la connaissance du médecin du travail dans un courrier, que vous remettrez au patient. Ce dernier le transmettra au médecin du travail, qui procédera de même en retour si nécessaire.

Si le Conseil de l'Ordre recommande que le salarié soit lui-même l'intermédiaire de ces échanges. Cette position est toutefois présentée comme une recommandation déontologique et non comme une exigence.

Il résulte de ces dispositions que le droit positif n'exclut pas, par principe, toute circulation d'informations entre le médecin traitant et le médecin du travail. Il l'autorise au contraire dans plusieurs hypothèses, sous réserve du consentement ou de l'absence d'opposition du travailleur, et dans la limite des informations utiles à la prévention, à la coordination, à la qualité ou à la continuité des soins.

2. Les communications autorisées entre le médecin traitant et le médecin conseil

Aux termes de l'article R. 4127-50 du code de la santé publique, le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, les renseignements médicaux strictement indispensables.

Par ailleurs, l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale précise que les praticiens-conseils du service de contrôle médicale n'ont accès qu'aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions.

De la même manière que pour les communications entre médecin traitant et médecin du travail, le bulletin spécial du Conseil national de l'Ordre précité confirme la possibilité d'échange entre les deux professionnels :

Puis-je communiquer des informations médicales au médecin conseil de la Sécurité sociale?

Le médecin peut être contacté par le médecin-conseil de la Sécurité sociale dans le cadre de versement de prestations sociales à l'un de ses patients. Le médecin doit faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état de santé lui donne droit. Il est donc autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil les renseignements et documents médicaux strictement indispensables et liés à la pathologie de l'assuré.

3. Les communications autorisées entre le médecin du travail et le médecin conseil

En premier lieu, dans le cadre de sa mission de prévention de la désinsertion professionnelle, le service de prévention et de santé au travail informe le service du contrôle médicale, lorsqu'il accompagne des travailleurs faisant l'objet d'un risque de désinsertion professionnelle. Sous réserve de l'accord du travailleur, il leur transmet des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé (art. L. 4622-2-1 du code du travail).

En second lieu, lorsque les arrêts de travail de l'assuré qui ont été adressés à l'organisme lui servant des prestations à ce titre remplissent des conditions fixées par décret ou lorsqu'ils font apparaître un risque de désinsertion professionnelle, le service du contrôle médical transmet au service de prévention et de santé au travail, sous réserve de l'accord de ce dernier, des informations relatives aux arrêts de travail (art. L. 315-4 du code de la sécurité sociale).

Les informations relatives aux arrêts de travail transmises sont les suivantes : l'identifiant national de santé de l'assuré à qui l'arrêt de travail a été prescrit, la durée totale de l'arrêt et les éléments d'ordre médical strictement nécessaires figurant dans l'avis de l'arrêt de travail (art. R. 315-8 du code de la sécurité sociale).

L'accord de l'assuré pour la transmission de ces informations est recueilli par le service du contrôle médical, qui en assure la conservation. Ce service informe au préalable l'assuré des objectifs poursuivis et du contenu des informations concernées. L'assuré peut à tout moment retirer son accord en s'adressant au service du contrôle médical (art. précité).

Ces dispositions sont particulièrement significatives. Elles démontrent que le législateur n'a pas entendu interdire par principe les échanges entre le médecin-conseil et le médecin du travail. Il a, au contraire, organisé des transmissions réciproques entre le service du contrôle médical et le service de prévention et de santé au travail, précisément dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, sous réserve de l'accord de l'assuré ou du travailleur et dans la limite des informations strictement nécessaires.

B) Les conséquences de ces partages d'informations autorisés sur la légalité des réunions tripartites

L'existence de ces différents fondements spéciaux conduit à nuancer la position selon laquelle toute réunion associant le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail serait nécessairement illicite, y compris avec le consentement du patient.

Dans ces conditions, lorsque des informations peuvent être légalement transmises entre les médecins concernés sur le fondement de ces textes, rien ne paraît s'opposer, en soi, à ce que ces mêmes médecins puissent ensuite en discuter ensemble dans le cadre d'une réunion de concertation, dès lors que cette réunion respecte strictement le cadre légal et réglementaire applicable.

La réunion tripartite ne doit donc pas être conçue comme un nouveau fondement de partage d'informations médicales. Elle doit être analysée comme une modalité pratique de coordination de communications déjà autorisées par la loi ou le règlement.

Cette distinction est essentielle.

La réunion ne peut pas avoir pour effet d'élargir le périmètre des informations communicables, ni de permettre à l'un des participants d'accéder à des informations auxquelles il n'aurait pas pu avoir accès en dehors de la réunion. Chaque information évoquée doit pouvoir être rattachée à un fondement juridique propre et à une finalité déterminée.

Ainsi, une information médicale détenue par le médecin traitant ne peut être évoquée en présence du médecin-conseil que si elle entre dans le champ de l'article R. 4127-50 du code de la santé publique ou d'un autre fondement applicable. Elle ne peut être évoquée en présence du médecin du travail que si elle est utile à la prévention, à la coordination, à la qualité ou à la continuité des soins, ou au maintien en emploi, dans les conditions prévues notamment par le code du travail et sous réserve du consentement du travailleur.

De même, les informations détenues par le médecin du travail ne peuvent être évoquées en présence du médecin-conseil que dans la limite des informations relatives au poste, aux conditions de travail, aux propositions d'aménagement ou aux éléments strictement nécessaires à la prévention de la désinsertion professionnelle, dans les conditions prévues par les articles L. 4622-2-1 du code du travail et D. 4622-4-1 du même code.

Enfin, les informations transmises par le service du contrôle médical au service de prévention et de santé au travail en application des articles L. 315-4 et R. 315-8 du code de la sécurité sociale ne peuvent être utilisées que pour la finalité qui justifie cette transmission, à savoir l'identification et la prise en charge du risque de désinsertion professionnelle, sous réserve de l'accord de l'assuré.

La légalité des réunions tripartites suppose donc que celles-ci soient strictement encadrées.

En premier lieu, la finalité de la réunion doit être expressément définie. Elle doit être limitée à la prévention de la désinsertion professionnelle, à la facilitation du retour à l'emploi, à l'identification des possibilités de reprise progressive, d'aménagement du poste ou du temps de travail, de reclassement ou d'accompagnement social, ainsi qu'à l'articulation avec les droits sociaux du patient-salarié.

En deuxième lieu, le consentement du patient-salarié doit être recueilli préalablement, par écrit, de manière libre, éclairée, spécifique et traçable. Ce consentement devrait préciser l'objet de la réunion, l'identité et la qualité des médecins participants, les catégories d'informations susceptibles d'être discutées, les finalités poursuivies, les fondements juridiques mobilisés, les modalités de conservation de l'accord et la possibilité de retirer ce consentement à tout moment.

En troisième lieu, les informations discutées doivent être strictement limitées à ce qui est nécessaire à la finalité poursuivie. La réunion ne doit pas donner lieu à un échange général sur l'état de santé du patient, ni à la communication de l'intégralité de son dossier médical. Elle doit se concentrer sur les informations utiles au retour à l'emploi : capacités fonctionnelles, restrictions médicales pertinentes, durée ou évolution prévisible de l'arrêt lorsque cette information est nécessaire, possibilités de reprise progressive, aménagements du poste ou du temps de travail, contraintes liées au poste, risques de désinsertion professionnelle et droits sociaux mobilisables.

En quatrième lieu, il va sans dire que la réunion doit être réservée aux seuls médecins ou professionnels de santé autorisés à connaître les informations en cause. L'employeur ne doit pas participer à cette réunion.

En cinquième lieu, la traçabilité du dispositif doit être assurée. Il est recommandé de conserver le consentement écrit du patient-salarié, la date de la réunion, l'identité des participants, la finalité de l'échange et, le cas échéant, les conclusions opérationnelles relatives au retour à l'emploi.

En sixième lieu, les éventuelles transmissions écrites préalables ou postérieures à la réunion devraient être réalisées par messagerie de santé sécurisée, dans les conditions prévues à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique.

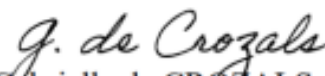
Sous ces réserves, la réunion tripartite peut être juridiquement défendue.

En conclusion : La position du Conseil national de l'Ordre des médecins apparaît donc fondée en ce qu'elle exclut la possibilité de rattacher le dispositif au seul mécanisme du secret médical partagé prévu par les articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique. Elle paraît en revanche devoir être nuancée si elle devait être comprise comme interdisant de manière générale et absolue toute concertation entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail, alors même que le code du travail, le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique prévoient expressément des communications ciblées entre ces acteurs dans le cadre du maintien des droits sociaux, du suivi des arrêts de travail et de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Il pourrait dès lors être opportun d'engager un dialogue avec le Conseil national de l'Ordre des médecins sur la base d'un protocole formalisé, précisant les finalités du dispositif, les fondements juridiques mobilisés, les catégories d'informations susceptibles d'être discutées, les garanties offertes au patient-salarié et les modalités pratiques de traçabilité et de sécurisation des échanges.



Maxence CORMIER



Gabrielle de CROZALS