

PLURIDISCIPLINARITÉ

Les conditions du succès

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale modifiant l'article L.241-2 du Code du travail institue que les services de santé au travail (SST) font appel soit à des organismes publics tels que les CRAM, l'OPPBT, les ARACT soit à des personnes physiques ou des organismes compétents. Cet appel aux compétences est désigné habituellement sous le terme de « pluridisciplinarité ». Cela permet d'instituer la convergence des compétences de spécialistes divers sur les questions de santé au travail. Il s'agit d'une indiscutable avancée dans le domaine de la prévention des risques pour la santé. Des coopérations entre spécialistes du champ de la santé au travail que ceux-ci désirent mettre en œuvre depuis très longtemps pourraient enfin se développer. Le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003, détermine les conditions de l'appel aux compétences de ceux qu'il nomme « *les intervenants en prévention des risques professionnels* » (IPRP).

Malheureusement, ni ce décret, ni l'arrêté et la circulaire DRT qui l'accompagnent ne permettent de lever les ambiguïtés d'une nouvelle réglementation qui devrait, comme on peut l'espérer, donner un nouvel élan aux SST.

En effet, il s'agissait ici de transposer l'article 7 de la Directive européenne du 12 juin 1989 (concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail). Cet article traite « des services de protection et de prévention » et ne précise pas leur domaine d'intervention (santé ou sécurité). Reste donc maintenant à transposer ce qui relève de l'article 14 de la Directive (sur « la surveillance de la santé ») afin de donner un cadre aux IPRP du point de vue de la santé au travail. Cela permettrait de compléter et de rendre cohérentes les dispositions actuelles.

En particulier, en l'état, deux effets pervers pourraient se faire jour. Le premier et le plus inquiétant concerne les prérogatives de la représentation du personnel dont le contrôle social sur les actions ayant trait à la santé au travail deviendrait moins efficace. Le second est le danger d'entraver l'exercice des médecins du travail et de restreindre leur indépendance.

Le moteur de ces dérives pourrait être l'insuffisance des garanties d'indépendance des IPRP. Le décret paraît assurer cette indépendance par des dispositions protectrices (agrément par un organisme officiel, formalisation du statut de l'IPRP, conventionnement, avis du CHSCT ou du CE, possibilité de retrait d'agrément, protocole avec le médecin du travail, garantie d'échange mutuel dans le respect du secret médical, obligation de formalisation des constats). Mais il laisse de nombreuses brèches qui pourraient permettre un poids pré-

pondérant des donneurs d'ordre (employeurs) sur l'activité des IPRP.

Ainsi, c'est l'intervention de l'IPRP qui est exclusive du champ de la santé au travail et non son positionnement professionnel. La vérification de l'indépendance par l'organisme d'agrément s'appuie sur des caractéristiques personnelles de l'IPRP et ne vérifie pas les caractéristiques institutionnelles de sa situation qui en sont l'élément essentiel.

Rien n'est mis en place pour s'assurer de l'indépendance des organismes IPRP extérieurs vis-à-vis des intérêts patronaux. Rien n'empêche explicitement que les IPRP employés par les entreprises puissent être les subordonnés de services experts de l'employeur. Dans ce cas l'indépendance que confère une intervention pluridisciplinaire, accordée aujourd'hui pourrait être mise à mal, demain, dans un autre positionnement professionnel, permettant ainsi une pression différée mais incontournable.

Seuls le responsable du service interentreprises et/ou le chef d'entreprise ont l'initiative et définissent la nature de l'intervention. Dans la mesure où l'initiative de la pluridisciplinarité est laissée aux employeurs ceux-ci sont potentiellement en mesure de bloquer toute intervention pluridisciplinaire dès lors qu'elle leur paraît inopportune.

Ils peuvent choisir telle approche plutôt que telle autre ce qui peut orienter l'intervention vers des objectifs ou l'intérêt de l'entreprise pourrait prendre le pas sur celui de la santé des salariés.

Dans ces domaines le décret ne comporte pas de disposition permettant d'arbitrer une éventuelle divergence sur la nécessité de l'intervention, sa nature, sa finalité ou ses moyens entre le donneur d'ordre et le médecin du travail ou qui permettent le contrôle social efficace de la représentation du personnel. Dans l'état actuel du texte rien n'empêche un employeur d'organiser une intervention contre l'avis du médecin du travail et/ou celui de la représentation du personnel. Le risque majeur est donc la confiscation de la pluridisciplinarité par les employeurs ce qui aurait pour conséquence d'assécher le regard indépendant des médecins du travail et de déventer le droit de regard et à l'expertise de la représentation du personnel.

Seule la jurisprudence est sensée départager les désaccords sur l'indépendance des IPRP et d'éventuelles dérives de compétence.

Éviter que la pluridisciplinarité ne soit détournée de sa finalité et faire qu'elle puisse devenir un élément essentiel de la

mise en œuvre d'une véritable santé publique au travail repose en fait sur une application du décret qui soit en cohérence avec les principes de la prévention du point de vue de la santé. Les principes généraux qui président à l'activité des personnels de santé et l'esprit de la Loi sur les droits des usagers du système de santé (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) donne le cadre de la transposition.

Ainsi un professionnel de santé est astreint à un exercice exclusif. L'abandon du secteur de santé par un personnel médical s'accompagne d'un renoncement formel à toute fonction médicale. Il ne saurait donc y avoir de positionnement du point de vue de la santé sans qu'il soit exclusif. Un IPRP « en santé au travail » devrait donc être exclusivement affecté à cette fonction incompatible avec celle d'expert subordonné à l'employeur par exemple dans son service de maîtrise des risques.

Depuis le tournant législatif que représente la loi sur les droits des usagers du système de santé, ceux-ci ou leurs représentants ont un droit de regard et d'initiative envers les organismes de soins et de prévention. La santé au travail est un des secteurs où cette obligation s'imposait déjà de façon formelle. Il serait donc incompréhensible que, même si l'employeur demeure à l'initiative de l'intervention pluridisciplinaire, celle-ci ne puisse pas être proposée par les autres parties concernées et que sa préparation ne puisse pas être une action à laquelle la représentation du personnel et le médecin du travail apportent leur contribution.

Sans que cela règle immédiatement toutes les questions qui se posent, l'intégration des IPRP dans les services de santé au travail rétablirait en partie un équilibre que les dispositions réglementaires échouent à assurer. Elle permettrait de régler en partie les questions à la fois d'indépendance des IPRP en santé au travail, qui rendraient compte de leur activité devant le contrôle social, parallèlement aux médecins et les exigences du contrôle social en matière de santé au travail.

Une des conditions préalable à cette intégration qui découle de la Loi de modernisation sociale est que l'indépendance des professionnels en particulier les uns vis-à-vis des autres.

La finalité est de mettre en place une prévention coordonnée et efficace des altérations de la santé au travail. Il serait illégitime et inefficace que les IPRP soient subordonnées aux médecins du travail. De même il serait totalement illégal que les IPRP se substituent au médecin ou aux infirmiers dans leur activité en milieu de travail, sans son accord. Il s'agit de coopérer et non de se concurrencer.

Même si des organismes IPRP extérieurs pourraient conserver leur utilité en cas de nécessité ciblée, le service de santé au travail, interentreprises ou autonome, pourrait dorénavant être constitué de deux structures coopérant entre elles : une structure médicale composée de médecins du travail, d'infirmiers et de secrétaires et une structure intervenant en prévention des risques professionnels en santé au travail composée d'IPRP. Il appartient aux pouvoirs publics de favoriser la constitution de tels services nés du dialogue entre partenaires par une réglementation adaptée.

Alain CARRÉ