

L'ÉQUIPE MÉDICALE RELEVANT DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL LIENS DU PÔLE MÉDICAL AVEC LE PÔLE PLURIDISCIPLINAIRE

Benoît DELABRUSSE, Gérard LUCAS, Dominique HUEZ

Le débat s'inscrit dans la continuité du débat du Congrès de l'association SMT de décembre 2011. La réflexion était articulée dans un premier temps sur les coopérations internes à l'équipe médicale du travail. Elle s'est poursuivie avec les relations de l'équipe médicale avec l'équipe pluridisciplinaire.

Une première difficulté rencontrée est liée à l'absence de définition réglementaire des membres de l'équipe médicale relevant du Code de la santé publique. Sur ce point le Code du travail ne nous est pas d'utilité car au contraire du service social situé possiblement en tant que tel dans un SST, une équipe médicale ou un service médical du travail n'est pas défini réglementairement en tant que tel dans le Code du travail. Il nous faut donc nous appuyer sur le cadre plus général du Code de la santé publique, cadre fondamental pour l'exercice de la « médecine du travail ».

L'infirmier du travail

Il relève comme tout infirmier du Code de la santé publique, il a un rôle propre assumé en toute autonomie professionnelle¹. Cette activité est définie de façon générale par le Code de la santé, actuellement en précision.

On constate que le rôle propre de l'infirmier du travail interfère beaucoup avec la mission du médecin du travail. Mais chacun relève de deux métiers clairement différents : par leur formation initiale, le cadre réglementaire de responsabilité, et les compétences qui se sont construites. Le médecin du travail comme tout médecin praticien élabore un diagnostic médical, individuel et collectif, pratique différente du « diagnostic infirmier ». Ce dernier permet la prise en charge de symptômes pour élaborer des soins infirmiers. En ce qui concerne spécifiquement le travail, un infirmier du travail peut faciliter « le prendre soin de soi au travail » de sujets auprès desquels il intervient au sein du pôle médical. L'infirmier du travail prend en compte l'état de santé réel du sujet pour son activité d'accompagnement infirmier ou des sujets pour la prévention collective.

Infirmier du travail et médecin du travail s'adossent à la clinique médicale du travail pour instruire en ce qui les concerne le lien santé-travail. Lors de son investigation singulière, l'infirmier du travail collecte des éléments qui peuvent être utiles au diagnostic du médecin du travail et autour desquels ils peuvent échanger au niveau de l'équipe médicale du travail. Si l'action de l'infirmier du travail n'est pas de se substituer à l'action du médecin du travail, elle peut être très utile au médecin du travail pour enrichir son travail avec un autre point de vue au sein de l'équipe médicale que le sien.

La clinique médicale du travail offre un support aux coopérations professionnelles médecin du travail – infirmier du travail. Elle permet une autre manière de travailler ensemble. L'amélioration des compétences en clinique médicale du travail pour le médecin du travail et l'infirmier du travail ne relève pas alors de protocole. Le travail de ces deux métiers complémentaires a le même objet : l'analyse du lien santé travail à partir de la prise en considération de l'engagement du sujet dans l'activité, de « son travailler ». L'infirmier formalisera sa compréhension de ce qui dans « le travailler » du sujet fait obstacle ou non à la construction de sa santé. Le médecin du travail procédera de même pour argumenter un diagnostic médical dont le processus délétère de ce travail pourrait être la cause déterminante. Cet accompagnement compréhensif du côté de la santé au travail est une pratique de soin particulière, pratique thérapeutique inusitée, ne déployant pas la traditionnelle pharmacologie, nécessitant rarement la soustraction du rapport au travail. Il s'agit d'un soin tourné généralement vers la prévention primaire, c'est-à-dire le travail. Cette pratique se déploie dans la zone de la normalité, entre la pathologie et la bonne santé. Elle peut permettre une issue à la souffrance professionnelle pour la subvertir du côté du « prendre soin de soi ». L'accès à la compréhension de ce qui génère une souffrance délétère permet au sujet de recouvrer sa santé en prenant soin de son travail.

¹ Voir : Annie DEVEAUX, Josiane CREMON, *Médecins du travail et infirmier(e)s du travail, une équipe à construire.*, CAHIER S.M.T. N°23 - juin 2009

http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier_23/20_Medecins_et_infirmieres_du_travail_cahier23.pdf

La compétence d'un infirmier en santé au travail s'améliore par un travail coopératif en confiance avec le médecin du travail avec lequel il « fait équipe ». Les échanges professionnels au sein de l'équipe médicale y sont essentiels. Des réunions cliniques formalisées y sont une aide précieuse. L'infirmier du travail formé en santé au travail peut recevoir délégation du médecin du travail responsable d'un effectif de salarié, pour annoter ou compléter le dossier médical du travail. L'infirmier du travail (IST) fait partie de la même équipe médicale, travaille sur le même objet que le médecin du travail. Mais seul le médecin du travail a une mission réglementaire en responsabilité personnelle selon le code du travail ; si des interventions sont effectuées en dehors du rôle propre de l'IST elles doivent être déléguées ou faire l'objet de protocole par le médecin du travail en responsabilité.

Le processus de délégation du médecin du travail vers l'infirmier du travail quand ce dernier agit dans le champ de sa responsabilité réglementaire, revêt alors une importance essentielle.

Actuellement cette question est souvent biaisée, car les infirmiers du travail ne sont pas recrutés pour élargir l'offre de soin de l'équipe médicale du travail, mais pour combler des déficits de ressources en médecins du travail. Et on leur demande parfois de « mimer » l'action médicale avec des certificats de suivi médical ou dits « d'aptitude » sans aucun support juridique. Cette pratique dévoyée est alors assimilable à un exercice illégal de la médecine du travail et met à mal la pratique de l'infirmier du travail. Elle en annihile l'action professionnelle. Plus souvent, après « l'entretien infirmier », l'IST délivre une « attestation d'entretien infirmier » ; et certains médecins après ce dernier de signer une « fiche d'aptitude » après avoir serré la main du salarié ou sans même l'avoir vu ! L'attestation d'entretien infirmier n'a aucun support réglementaire. Quant aux attestations de suivi médical par le médecin du travail sans consultation clinique, ils sont vides de sens au minimum !

Les coopérations médecin du travail – infirmier du travail doivent pouvoir s'appuyer sur des protocoles de délégation hors du rôle propre, quand l'action de l'infirmier interfère avec la mission réglementaire du médecin du travail. Faute de cela, l'infirmier du travail se retrouve dans un vide juridique en termes d'intervention et de responsabilité, ce qui représente un véritable risque pour lui. Certains employeurs ont bien compris l'intérêt de dévoiement de responsabilités du médecin du travail en « exposant une infirmier du travail » sans engager le droit médical réglementaire de la médecine du travail, sans se soucier alors des risques pour l'infirmier du travail ainsi instrumentalisé.

En effet, pour le médecin du travail, les conclusions de son exercice l'engagent personnellement du fait de sa mission réglementaire par son accompagnement médical individuel et collectif, ses diagnostics médicaux, sa veille, ses alertes médicales, ses certificats et ses « prescriptions » de prévention individuelle ou collective qui engagent, du fait de ce métier spécifique, sa responsabilité déontologique, le droit assurantiel (AT, MP), le droit civil et le droit pénal.

L'activité professionnelle de l'infirmier du travail qui n'est pas exercée en rôle propre relève donc de protocole de délégation rédigé et engageant le médecin du travail avec lequel il « fait équipe ». Le médecin du travail a alors un devoir de rédaction de protocole de délégation, mais ne doit pas en rédiger pour les domaines où il y a un rôle propre. Cette délimitation est souvent difficile faute de clarification du « rôle propre » en santé au travail, ce qui est une source de conflit potentiel.

Il faut donc clairement maîtriser le processus de rédaction de protocole de délégation. On doit privilégier des délégations qui sont aussi des repères pour travailler ensemble. Mais il faut se méfier de protocoles qui ne sont que des tâches prescrites qui rigidifient et rendent invisible le réel du travail. Cette critique vaut aussi pour les protocoles rédigés par certains médecins du travail dans une fonction de pure subordination de l'action de l'IST, réduit au rôle de collecteur d'informations paramédicales. De tels documents sont surtout une couverture juridique pour le SST, parfois un processus de subordination de l'action du médecin du travail par des protocoles qu'il ne partagerait pas mais se verrait imposer illégalement.

Dans l'hôpital en général, de nombreux protocoles sont rédigés par des spécialistes sans prise en compte du travail réel de leur équipe, et cela peut provoquer un afflux de travail prescrit parfois très loin du travail réel. C'est une démarche gestionnaire concernant la responsabilité des médecins et l'engagement de la responsabilité de l'hôpital. Cela ne prend pas en compte le processus de construction de règles professionnelles de coopération. Quant aux services de médecine du travail hospitaliers, rien ne semble pour l'instant être mis en œuvre.

Un protocole engage la responsabilité du médecin signataire du protocole et engage la responsabilité des membres de son équipe médicale placés sous sa responsabilité technique. Des protocoles peuvent être signés par plusieurs médecins. C'est le cas communément pour les urgences et c'est alors souhaitable lorsqu'il s'agit de tâches prise en charge à plusieurs médecins au titre de l'intérêt des patients. Mais pour ce qui concerne une pratique réglementaire spécifique de médecin du travail, en responsabilité personnelle, il peut y avoir rédaction de protocole seul, faute de construction d'un accord professionnel avec des pairs médecins du travail. Un tel protocole engage alors le médecin du travail qui l'a élaboré ; il donne « un cadre » à l'infirmier avec lequel il coopère pour un secteur médical spécifique. L'élaboration d'un tel protocole devrait passer par une discussion professionnelle avec les infirmiers concernés par son contenu. En aucune façon un protocole ne peut être rédigé par une CMT et s'imposer à des médecins du travail qui ne le partagent pas.

Il est donc important des respecter l'indépendance professionnelle des infirmiers et de ne pas empiéter sur leur rôle propre. Il faut aussi leur laisser des marges de manœuvre, une latitude décisionnelle. Le médecin du travail a des devoirs déontologiques envers les infirmiers. Le médecin du travail doit aussi veiller au niveau de compétence de ses collaborateurs suivant ce qu'il leur demande.

Mais malheureusement la référence au rôle propre de l'infirmier du travail, peu développé spécifiquement en médecine

du travail, ne résout pas toutes les difficultés. L'entretien infirmier doit-il être « protocolisé » où s'agit-il de compétences à construire dans le cadre d'un métier spécifique qui ne peut être substitutif au métier de médecin du travail. Il semble difficile de concevoir la réflexion avec les tenants, médecins du travail ou infirmiers, d'un processus de substitution du métier de médecin par celui d'infirmier du travail ! De plus, ce processus faisant totalement l'impasse sur le cadre réglementaire d'exercice, droits et devoirs. C'est historiquement la confrontation à ce cadre réglementaire né en 1946 qui a fait percevoir au médecin du travail son action de prévention médicale collective vers une collectivité de travail, action adossée à son exercice médical individuel. C'est ce cadre qui a permis au médecin du travail d'intégrer une activité de conseil médical, au-delà du salarié individuel auprès de l'employeur et des représentants du personnel. C'est ce cadre qui a développé le « contrôle social » de l'exercice de la médecine du travail, comme contre-pouvoir aux employeurs.

Pour que le débat entre infirmiers du travail et médecins du travail puisse être plus approfondi, il devra passer par la confrontation de règles professionnelles élaborées par ces deux métiers. Cette discussion intégrera nécessairement le cadre réglementaire de la médecine du travail. Une position de substitution d'un médecin du travail par un infirmier du travail, Cheval de Troie du démantèlement de la médecine du travail empêche un vrai débat de coopération infirmier du travail – médecin du travail.

Un avocat spécialisé en santé au travail comme maître Ledoux situe la responsabilité des « sachants » en santé au travail comme les experts HSE (Hygiène Sécurité Environnement, appellation européenne pour agents désignés par l'employeur pour la gestion de la santé) et Médecin du travail. La réforme actuelle de la médecine du travail met le médecin devant la responsabilité de la traçabilité de son action avec un manque de moyens, ce qui le met en position de fusible. La démedicalisation par la substitution liée à l'irruption des infirmiers du travail a un rôle d'occultation de cette démedicalisation, à travers un « impossible » transfert de responsabilité. Dans une telle perspective, l'action de l'infirmier du travail devient vide de sens au regard de la mission de la médecine du travail de *prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail*. C'est le cas quand l'action de l'IST est de participer aux actions en milieu de travail qui ont été réduites à des interventions de sensibilisation et d'information sans rapport avec les risques du travail. Par contre, l'intervention de l'IST en lien avec le médecin du travail pour la prévention collective des risques par l'observation du travail réel du salarié au poste de travail ou lors des rapports avec le CHSCT, est tout à fait légitime. Les IST sont des infirmiers « EN » santé au travail et non des infirmiers « de » santé au travail. Le médecin du travail peut donc enrichir son offre de service médical pour la prévention collective avec un IST pour investiguer les conditions de travail à l'initiative et la responsabilité du médecin du travail dans l'entreprise. Encore faut-il que le médecin du travail sache ce qu'il veut confier à l'IST dans le cadre de ses compétences. La non reconnaissance des IST comme spécialisés, (seulement comme IDE) est paradoxal en apparence avec la tendance à les substituer aux médecins du travail pour des actions de première ligne.

La Secrétaire médicale en médecine du travail

Le médecin du travail a besoin de travailler dans un cadre de droit préservé avec une secrétaire médicale. *Une secrétaire médicale fait clairement partie de l'équipe médicale de médecine du travail du SST*. C'est sa possibilité d'accès à des données médicales individuelles sous la responsabilité du médecin du travail qui rend nécessaire son appartenance au « pôle médical » du SST. D'ailleurs des médecins du travail font participer leur secrétaire médicale à des staffs cliniques où elle peut apporter son expérience des échanges verbaux avec les salariés vus lors de la phase préparatoire aux examens médicaux par exemple. Mais son exercice médical dans une équipe médicale d'un SST doit être alors exclusif de toute autre activité dans ce SST.

C'est pour le préserver que les médecins du travail condamnent la constitution de pool de secrétariat administratif exclusivement chargé des convocations médicales. En effet une telle secrétaire administrative n'a pas de lien de responsabilité professionnelle avec le médecin du travail et reçoit ses ordres d'un directeur de SST. Le médecin du travail a la responsabilité de ses moyens de travail, particulièrement de son emploi du temps et doit donc pouvoir travailler en confiance avec une secrétaire médicale pour cela, placée directement sous sa responsabilité technique.

L'activité de convocation médicale et de disponibilité d'accueil représente une telle tâche de travail qu'un certain nombre de médecins du travail doutent du fait qu'une secrétaire médicale puisse assurer en sus une activité d'ASST (assistante en santé au travail) auprès d'un médecin du travail.

L'Assistant médical en médecine du travail

La question spécifique des ASST

Le décret du 30 janvier 2012 a introduit une grande confusion en utilisant dans son art R.4623-40 le terme « **Assistant de service de santé au travail** » et en lui attribuant des fonctions précédemment attribuées à des secrétaires médicales et de nouvelles fonctions :

Art. R.4623-40 : « Dans les services de santé au travail interentreprises, l'assistant de service de santé au travail apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités. Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises ».

Cet article semble rattacher l'ASST à l'équipe pluridisciplinaire, mais ne différencie pas les fonctions de secrétariat médical, soumises au secret médical, de fonctions d'intervention en entreprise dont le destinataire n'est pas identifié

comme étant le médecin du travail.

L'ASST ne peut pas être chèvre et chou. Un tel assistant médical en santé au travail (ASST) qui a accès aux données médicales de par son activité de secrétariat médical relève du code de la santé publique dans le cadre de délégations spécifiques d'accès aux données médicales. **Et dans ce cadre, c'est la responsabilité personnelle du médecin du travail qui est engagée.** Un ASST relève seulement du secret professionnel, son métier n'étant pas défini dans le code de la santé publique.

Si un ASST est en situation aussi de secrétaire médical, il ne peut avoir aucune activité qui ne relève pas de la responsabilité du médecin du travail et de son autorité, y compris pour toute action dans les entreprises. Sinon le médecin doit retirer ses délégations d'accès aux dossiers médicaux à cet ASST.

Il existe une possibilité de coopération fructueuse avec des ASST telle que leur fonction est définie dans le décret du 30 janvier 2012 :

Art R.4623-40 : « Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises ».

À l'exception de l'ambiguïté de « identifier les besoins en santé au travail » qui ne peut se concevoir que comme participation à l'identification des risques du fait du travail, sous la responsabilité technique du médecin du travail, un ASST peut aider le médecin du travail dans ses tâches de « repérage » des risques dans des entreprises où il n'a pas matériellement le temps d'aller.

Le médecin du travail de par sa mission, ne peut prendre en charge la « gestion des risques de l'employeur ». L'ASST est donc lié aussi à cette prescription déontologique du médecin du travail.

Mais pour qu'un médecin du travail puisse coopérer avec un ASST, cela suppose plusieurs conditions :

- ~~Du temps disponible pour ces ASST.~~
- ~~Une confiance construite dans la collaboration.~~
- ~~Un rattachement fonctionnel au pôle médical.~~
- ~~Une délégation du médecin du travail passant éventuellement par un protocole.~~
- ~~Une formation théorique et pratique.~~

En l'état, des médecins du travail pensent que le développement actuel des ASST rentre dans le projet de démedicalisation de la santé au travail. La stratégie du CISME est de subordonner l'activité des médecins à un pool de secrétariat administratif, puis d'enfermer le médecin du travail dans son cabinet, quitte à garder l'affichage de l'animation des ASST par un médecin du travail « délégué » qui agirait au nom de ses collègues. La mise en œuvre des ASST renforcerait dans cette perspective l'ambiguïté d'une séparation de la clinique médicale du travail qui ne procéderait plus que de l'individuel sans regard collectif. Dans de très nombreux services il y a aggravation de la pénurie des médecins et donc augmentation des plafonds attendus. Et de fait cela entraîne la disparition de la clinique médicale par manque d'acteurs. Ceci « justifie » la disparition des secrétaires médicales des SST inter-entreprises. Dans une telle configuration la secrétaire médicale est progressivement formée à l'intervention en entreprises, avec le CNAM par exemple, et devient ASST.

Si il décroche de tout accès au dossier médical et donc de toute activité de secrétariat médical, comment situer l'action de l'ASST ?

- Le choix est pour l'instant fait dans certains services de leur intégration dans l'équipe médicale contrairement à l'IPRP. Il est convenu qu'ils ne peuvent pas intervenir en prévention primaire sans l'intervention et l'accord du médecin du travail.
- Dans d'autres situations, les ASST sont sous la direction du service. La position est alors de laisser les ASST des SST qui n'ont pas de fonction d'assistance médicale devenir sous-IPRP.

La plupart des participants médecins du travail pensent qu'il ne devrait pas y avoir d'intervention d'un « pluridisciplinaire » de leur SST dans leur secteur de médecin du travail, sans leur accord.

Comme les médecins du travail deviennent plus rares et que la fonction de convocations est dévolue à un pool téléphonique, il faut aussi pérenniser l'emploi des secrétaires médicales. Pour le CISME la solution : les transformer en ASST. La politique du CISME, déclinée dans les décrets du 30 janvier 2012 est donc claire : les médecins du travail devenant plus rares, les services se trouvent confrontés à des contestations de plus en plus vives sur la nécessité de payer des cotisations, encore liées dans l'esprit de nombreux employeurs à une pseudo sécurisation juridique résultant d'un examen médical avec fiche d'aptitude. Il en va donc de la survie de ces SST inter-entreprises. Il faut donc "offrir des services" en remplacement : Ce sont entre autre les "visites" des ASST avec parfois quota mensuel de fiches d'entreprises !

Depuis plusieurs années, les SST affiliés au CISME, utilisaient l'abréviation ASST dans le sens « Assistante de Santé et Sécurité au Travail ». Ce qui correspondait à une fonction de sous IPRP avec interventions en entreprise pour réaliser des « pseudo fiches d'entreprise », parfois signée par le médecin du travail. Ou aussi pour faire la promotion du service, dans une optique de « se faire voir en entreprise » afin de justifier une action, donc des cotisations qui ont du mal à rentrer depuis que les « visites médicales » s'espacent avec la raréfaction de la « ressource » médecin du travail. Comme les médecins du travail deviennent plus rares et que la fonction de convocations est dévolue à un pool téléphonique, il faut aussi pérenniser l'emploi des secrétaires médicales. Pour le CISME la solution : les transformer en ASST. La politique du CISME, déclinée dans les décrets du 30 janvier 2012 est donc claire : les médecins du travail devenant plus rares, les services se trouvent confrontés à des contestations de plus en plus vives sur la nécessité de

~~payer des cotisations, encore liées dans l'esprit de nombreux employeurs à une pseudo-sécurisation juridique résultant d'un examen médical avec fiche d'aptitude. Il en va donc de la survie de ces SST inter entreprises. Il faut donc « offrir des services » en remplacement : ce sont entre autre les « visites » des ASST avec parfois quota mensuel de fiches d'entreprises !~~

Les relations de l'équipe médicale avec l'IPRP

Si un IPRP d'un SST intervient dans le secteur médical d'un médecin du travail en « identification des risques », il le fait alors en appui de ce médecin du travail. D'où l'importance de la définition du secteur d'intervention d'un médecin du travail. Tant que les effectifs attribués au médecin du travail sont définis, on peut et il faut tenir la position réglementaire de la responsabilité des interventions du médecin du travail sur ces effectifs. Le médecin du travail coordonne alors son action avec l'IPRP, dans le cadre de leur indépendance professionnelle respective. Ceci passe par l'élaboration d'un protocole pour une éventuelle étude englobant la méthode et le rendu de résultats.

Mais un IPRP selon la nouvelle réglementation, pourrait se voir confier à la demande d'un employeur, l'évaluation des risques de ce dernier.

Pour se prémunir du conflit d'intérêt, le médecin du travail ne peut coordonner ou diriger une telle intervention.

Dans le cadre d'une action clarifiée, le médecin du travail peut confronter ses propres données d'identification des risques à celles mises en évidence par l'IPRP, chacun intervenant en toute indépendance. Le modèle opératoire serait la confrontation des données professionnelles du médecin du travail avec un ingénieur de sécurité d'une entreprise. En toute indépendance réciproque et avec des finalités différentes. Quant aux propositions de gestion des risques de l'IPRP pour l'employeur, le médecin du travail pourra alors émettre un point de vue à partir de sa prise en compte exclusive de la prévention de la santé des travailleurs.

Le psychologue œuvrant en SST

Ce psychologue ne fait pas partie d'une équipe médicale :

- Ceci est clair pour les psychologues de l'activité de travail, dont le projet n'est nullement une intervention sur la santé individuelle des personnes.
- Mais aussi pour les psychologues « cliniciens » qui travailleraient en SST.

Pour comprendre ceci, il faut prendre en considération les éléments suivants :

- Les psychologues en tant que groupe professionnel se sont toujours battus pour ne pas être rattachés au code de la santé, même pour les modes d'exercice clinique, pour que leurs actes ne dépendent pas d'une prescription médicale. Ce que faisant, les obligations du Code de la santé ne les concernent pas du point de vue réglementaire. Les médecins en général ne peuvent donc pas partager de données médicales avec ceux-ci, même dans l'intérêt des patients
- Pour ce qui concerne spécifiquement les psychologues cliniciens qui inscrivent leur activité vers le soin, ils ne peuvent pas pratiquer en SST une activité de soin, tout comme les médecins du travail. La réglementation ne le permet pas. Il ne saurait y avoir de soin sous subordination d'un employeur, sans libre choix ou consentement éclairé.
- Un médecin du travail qui adresserait à un tel psychologue clinicien exerçant en SST un patient engagerait sa responsabilité professionnelle concernant le non-respect du secret médical, un cadre d'exercice inapproprié, et donc une information du patient qui ne serait pas loyale ni éclairée.

Il peut y avoir des situations comme dans certains hôpitaux, où les médecins du travail ne savent pas si le psychologue du travail fait partie du SST ou non. La filière hiérarchique supérieure, comme le rattachement à la DRH, ne permet pas de répondre à cette question. Pour des problèmes de clarification des métiers, des rôles, et pour permettre des coopérations éventuelles, les membres des SST doivent donc être définis clairement et portés à la connaissance des partenaires sociaux.

Si les psychologues ne relèvent pas du Code de la santé publique (art 57...), ils peuvent être inscrits sur ADELI avec leurs diplômes. Les psychologues sont ainsi cités dans les articles du Code de la santé publique.