

L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL COMMENT LA FAIRE RESPECTER ? CHAMPS D'INTERVENTION, LIMITES, STRATÉGIES

Journée de Printemps de l'ass. SMT du 19 mars 2011

Florence JÉGOU, Jean-Marie EBER, médecins du travail, rapporteurs

Le Code du travail nomme « l'indépendance » du médecin du travail qui est « garantie » pour l'ensemble de ses missions. Concrètement, cette indépendance reste une question aux limites mal définies. Ce manque de précision donne lieu à des interprétations différentes : directeurs de service et médecins du travail n'ont pas la même notion de l'indépendance nécessaire à l'exercice du métier. Les limites ne sont généralement pas le résultat d'un débat mais plutôt une « réalité » devant laquelle les médecins sont mis. Cette réalité reste plutôt floue, elle est acceptée de manière tacite, jusqu'au jour où, au détour d'un événement, les médecins se rendent compte que les conditions dans lesquelles ils ont pu travailler les ont empêchés de faire ce qu'ils auraient dû ou voulu faire, ou, pire, qu'ils peuvent être sanctionnés d'une certaine manière de travailler. À l'heure où se construisent de nouvelles règles de travail, avec des professionnels dont l'indépendance n'est pas définie non plus, il nous a paru important de faire le point sur ce que nous appelons « indépendance », ses limites, et ce que nous pouvons mettre en œuvre pour qu'elle soit respectée.

CHAMPS D'INTERVENTION QU'EST CE QUE L'INDÉPENDANCE DES MÉDECINS ?

Le Conseil de l'ordre définit l'indépendance médicale des médecins, plus large que l'indépendance technique. Elle passe par :

- la fixation personnelle de leur programme de travail ;
- l'administration de leurs moyens de production ;
- la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions.

L'Ordre des médecins ajoute que le terme d'indépendance technique est souvent utilisé dans les différents textes législatifs ou réglementaires, qui organisent la médecine de contrôle ou la médecine du travail et de prévention ou dans les statuts et contrats des médecins salariés. « Les

employeurs y tiennent car cela permet d'enfermer les médecins dans la zone limitée de leur décision médicale par rapport à un individu. » L'Ordre des médecins recommande donc de conserver « le terme d'indépendance *médicale* en le rapprochant de celui d'exercice médical ».

Le Code de déontologie médicale dans son décret du 6 septembre 1995 en donne une définition assez précise : « *En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.* »

Le Code du travail indique dans son article L.4622-3 que « *le rôle du médecin du travail 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 et leur état de santé.* ».

L'article L.4745-1 souligne que le fait de méconnaître les dispositions des articles L.4621 à L.4623 (dont l'article L.4622 donc) et les règlements pris pour leur application est puni, en cas de récidive dans le délai de trois ans, d'un emprisonnement de quatre mois et d'une amende de 3 750 €

L'art. L.4622-4 précise que les services de santé au travail, afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et d'organisation nécessaire à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, font appel :

- Soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie.
- Soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences sont reconnues.

Il est souligné que cet appel aux compétences est réalisé dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés.

En ce qui concerne les conditions d'exercice, l'article R.4623 précise que « l'indépendance du médecin est garantie dans l'ensemble des missions définies aux articles L.4622-2 et L.4622-4 ». De surcroît, le médecin est protégé en cas de licenciement par l'article R.4623-20 : « Il ne peut être envisagé et prononcé qu'après audition de l'intéressé par le comité d'entreprise, le comité inter-entreprises ou la commission de contrôle du service inter-entreprises. »

L'indépendance des médecins du travail n'est pas celle des autres médecins. La question de l'indépendance des médecins du travail est d'ordre public social. En particulier, personne ne pourrait lui reprocher d'avoir pris des positions contraires à celles d'un employeur.

Des textes existent donc, définissant cette indépendance. Mais est-elle comprise ou admise par tout le monde ?

LIMITES

Pour le médecin du travail, l'autorité première est le ministre du travail, donc le Code du travail. L'indépendance est définie dans l'intérêt de la prévention primaire c'est-à-dire le droit constitutionnel à la prévention de la santé. Si le médecin du travail perd son indépendance, il participe à la gestion des risques qui est de la responsabilité des employeurs. L'obligation de moyens qui pèse sur les médecins du travail, c'est l'obligation de moyens à donner à l'indépendance, notamment à l'indépendance organisationnelle : le secteur, l'effectif, le tiers temps et le temps connexe.

Mais en pratique, les moyens à donner à cette indépendance professionnelle sont réduits. En effet, comme le nombre de médecins est en diminution constante, les effectifs attribués aux médecins augmentent, les secteurs sont élargis, le tiers-temps réduit, en raison de la nécessité de « mettre des priorités », l'indépendance ou les choix du médecin sont limités. Ils sont d'autres fois soumis à une pression pour réaliser les consultations prévues par les textes ou pour sacrifier le tiers-temps même s'il est obligatoire et indispensable. Certains médecins se lancent d'ailleurs dans la production de chiffres, sans se poser auparavant la question de l'utilité, de la faisabilité, de l'exploitation qui peut en être faite. Au quotidien, les médecins du travail doivent gérer les tensions entre la contrainte réglementaire, le temps nécessaire aux consultations, aux demandes de terrain, et la participation à des « grands projets de Santé au Travail » relativement formatés. Dans ces « grands projets », la tentation de s'être enthousiasmé par les mots idylliques de façade empêche de penser l'activité réelle, et ceux qui voudraient éventuellement réfléchir avant de s'engager sont parfois mis à l'écart en étant suspectés de faire du mauvais esprit. L'enjeu est donc de ne pas dériver vers une situation où le médecin pourrait en perdre son identité professionnelle. Dans ce contexte de surcharge de travail et d'inquiétudes face à l'avenir du métier, le fait de devoir en permanence mettre en œuvre des priorités drastiques sur nos actions — y compris sur le temps consacré à penser notre propre activité — diminue la

réflexion et contrecarre finalement l'indépendance. Le scandale du MÉDIATOR° devrait nous faire réfléchir.

Des questions restent posées aux médecins du travail dans ce qui se construit du côté des services. Actuellement, l'organisation par les services d'actions collectives est une forme d'instrumentalisation. Les Commissions médico-technique sont à la main des directions des services avec un certain nombre de médecins du travail en position de servitude. Ces médecins pensent accompagner les décisions d'une pseudo-réflexion collective et aboutissent aux conclusions des plans santé-travail élaborés auparavant. Finalement, la dynamique des Services de Santé au travail n'est pas le fruit d'un travail des médecins du travail mais plutôt de plans décidés à l'avance. Les espaces de créativité professionnelle sont progressivement absorbés par les directions qui y voient un enjeu politique. Alors que la fonction de directeur de service est aujourd'hui de donner les moyens, quand il devient « référent en santé publique » ou en « santé-travail », c'est un glissement de pouvoir du côté de la direction des services. À la fin, plus personne ne sait où sont les responsabilités des employeurs, des IPRP, des médecins. D'après le Code du travail encore en vigueur, les médecins sont responsables de leurs actes, la direction des services doit leur donner les moyens. Il est important de contrecarrer les dérives, notamment au niveau des instances officielles.

En milieu hospitalier, l'indépendance de certains médecins est également mise à mal quand des consignes sont données de relâcher au plus vite les patients, alors que des examens complémentaires ou une surveillance médicale seraient encore nécessaires. Dans ces cas-là, les objectifs de santé publique sont remplacés par des objectifs financiers. Cela pose alors des questions éthiques aux médecins. Dans ce cas, la question de la subordination est forte, la médecine se heurte à des questions politiques.

En tant que salarié, le médecin du travail, le médecin inspecteur du travail sont soumis à une autorité : la direction des services pour le médecin du travail et la direction régionale du travail pour le médecin inspecteur. Le médecin salarié n'est pas indépendant : il est subordonné à son administration ou à la direction de son service pour l'organisation de son travail. Il est donc au cœur d'un conflit : est-il *d'abord* médecin (dans ce cas, les règles professionnelles des médecins s'appliquent en priorité) ? ou bien est-il *d'abord* un salarié (dans ce cas, les règles de subordination deviennent prioritaires) ?

D'un côté, pour s'assurer que cette indépendance n'est pas l'occasion pour un médecin salarié de prendre toutes les libertés, il y a un contrôle social : il n'y a pas d'indépendance sans contrôle. Les décisions du médecin du travail sont soumises à l'inspection du travail avec l'avis de l'inspection médicale du travail (dans le cas de contestations). Le contenu du travail est sous le contrôle de la commission de contrôle et des comités d'entreprises. S'il y a des abus, nous avons des arbitres de l'activité clinique avec un contrôle sur l'ensemble de l'activité. Notamment, le médecin doit également rédiger un plan d'activité annuel. Ce plan est d'ailleurs

rarement respecté d'ailleurs, en raison d'innombrables imprévus ou d'actions prioritaires à mener. Il est alors important et intéressant de justifier pourquoi le plan a été changé : l'indépendance ne se conçoit pas sans responsabilité.

Il est important ici de souligner le fait qu'aucun autre exercice médical n'est soumis à ces contrôles. L'indépendance des médecins du travail n'est donc pas celle des autres médecins.

Est-ce que ce contrôle permet une indépendance réelle des médecins du travail ?

D'un autre côté, quand il y a des atteintes à leur indépendance, qui instruit les plaintes ? Qui doit veiller au respect de l'indépendance des médecins ? Personne ne sait très bien qui est l'autorité référente. Cela a des conséquences administratives et juridiques. Sur le plan des principes, l'indépendance paraît être une évidence mais concrètement, quand elle n'est pas respectée, la question se complique.

COMMENT LA FAIRE RESPECTER ? STRATÉGIES

Le « garde-fou », c'est le Code de déontologie. Les conditions pour faire confiance à un médecin sont : le secret médical, l'indépendance, la compétence, le respect du droit. Cela sous-entend que le médecin du travail doit se conformer au Code de déontologie. Le service doit lui donner les moyens de respecter ce code. La responsabilité du médecin reste personnelle. Le médecin doit donc avoir l'initiative de l'objet de son travail, il doit avoir les moyens pour le réaliser. Il faut donc travailler la question de la tension entre la contrainte réglementaire et l'organisation. Il faut en particulier un effectif correct qui permet d'exercer son travail sans avoir à subir de pressions. Et quand il y a des pressions des employeurs pour travailler autrement, il faut mettre en visibilité ces pressions. Le médecin s'appuie sur ses compétences pour dire et décider avec ses pairs ce qui est tolérable ou pas. L'indépendance commence par l'indépendance organisationnelle.

Quand le temps médical devient précieux, les médecins du travail doivent en permanence faire des choix sur les priorités dans leurs actions. Il faut alors se demander ce dont les médecins du travail ont besoin comme moyens pour penser ce métier collectivement. Qu'est-ce qui est légitime ?

Quand des employeurs parviennent à atteindre l'indépendance des infirmières du travail, cela retentit sur l'indépendance des médecins. Les coopérations dans les services de santé au travail (médecin-infirmier, médecin-IPRP) doivent être explorés de manière à clarifier les domaines de compétences, de responsabilité. Mais il faut également clarifier les modes de coopérations entre les médecins eux-mêmes; par exemple entre les médecins qui souhaitent participer à des actions « institutionnelles » et d'autres qui voudraient y réfléchir avant. Cette clarification permet d'éviter que les discordes entre médecins finissent par servir les employeurs.

C'est justement dans cette situation de pagaille qu'ils pourraient en profiter pour stigmatiser les médecins qui cherchent à préserver leur indépendance professionnelle en pensant leurs propres pratiques professionnelles.

Les représentants du personnel doivent siéger dans les Commissions médico-techniques pour qu'elles ne puissent pas formater les médecins, de manière à croiser les informations avec le comité d'entreprise. De cette manière, le médecin, élu par ses collègues pour siéger à la CMT — ou autre instance — parle au nom des collègues. Il exprime les avis divergents et il travaille avec ces avis. Ensuite, un retour a lieu auprès des collègues pour une validation.

Le Conseil de l'ordre écrit que « *L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient. Son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin. Indépendance, confiance, responsabilité, constituent les éléments essentiels du contrat tacite qui lie le malade et son médecin. Le contrat ne serait pas loyal si le médecin se disposait à agir sous d'autres influences que l'intérêt du malade. Cette indépendance constitue ainsi un droit du malade.* » Nous pourrions faire le rapprochement avec le secret médical sans lequel les salariés ne peuvent pas nous faire confiance. Le devoir d'indépendance est lié au devoir de secret professionnel. La question est donc également de poser l'indépendance comme un *devoir* et non plus comme un *droit*. Cela change alors complètement la façon dont nous pouvons aborder ce sujet: la demande du respect de l'indépendance des médecins est parfois traitée comme du « corporatisme médical », comme si les médecins voulaient être affranchis d'autorité au motif seulement qu'ils sont des médecins. En fait, quand l'indépendance est posée comme un *devoir professionnel*, au même titre que le secret professionnel, elle se déploie dans l'intérêt des salariés dans l'exercice de nos missions (le « *droit du malade* »). Ce n'est donc pas une question de « corporatisme médical ».

L'indépendance du médecin salarié doit être calquée sur celle des médecins libéraux. Sur ce sujet, le Conseil de l'ordre est clair : « *L'indépendance médicale des médecins salariés est directement issue de celle reconnue aux médecins libéraux et accepter sa remise en cause entraînerait, à terme très bref, la remise en cause de l'indépendance de tous les médecins* ».

Si l'action politique reste indispensable, les verrous se trouvent peut-être justement dans la mise en évidence de dysfonctionnements locaux. Dans la situation actuelle, la question de l'indépendance oblige à penser son métier, et à le penser collectivement.

Bibliographie

- ◆ D' François-Xavier MERCAT, *L'indépendance technique des médecins salariés*, Rapport adopté lors de la session d'octobre 1999, Conseil national de l'ordre des médecins.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-independance-technique-des-medecins-salaries-695>
- ◆ Conseil national de l'ordre des médecins, *Indépendance professionnelle*, Article 5, 14 août 2009
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-5-independance>