

SUBORDINATION

ET INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Compte rendu de la Journée de Printemps ass. SMT, le 22 mars 2014

Karyne DEVANTAY, Gérard LUCAS, Odile RIQUET, Claire THOMASSIN, rapporteurs

Cette question est centrale dans le métier : de manière paradoxale les médecins du travail sont à la fois subordonnés et indépendants. Subordination introduite *ipso facto* par le contrat de travail entre l'employeur, entreprise ou direction de service inter-entreprises et le médecin du travail, subordination du point de vue des traces écrites produites par le médecin du travail, subordination via le fonctionnement de l'équipe médicale.

Le CNOM dans un rapport d'octobre 1999 précise ce qui doit être garanti pour les médecins libéraux comme pour les médecins salariés comme base de leur indépendance professionnelle : « *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* ».

Le contrat type du CNOM pour les médecins salariés fixe également : « *article 3, indépendance professionnelle : le D^r ...exercera l'ensemble de ses missions en toute indépendance, dans le respect des dispositions mentionnées à l'article 1^{er} et n'est soumis à un lien de subordination, à l'égard de son employeur, que pour la détermination de ses conditions de travail, sur le plan administratif.* »

Où s'arrête la subordination et où commence l'indépendance, quel chevauchement possible entre les deux. Indépendance par le biais des priorités définies par le médecin du travail : visites, organisation des visites, tiers temps, choix des interventions en entreprises. Mais indépendance du médecin du travail contournée par l'employeur par la mise en place des démarches qualité, des protocoles. De fait, les partenaires sociaux justifient les limites de l'indépendance des médecins du travail quand ils valident les accords

de branche et les modalités de fonctionnement des services interentreprises, le projet annuel de service, la mise en place des activités du service par le directeur du service et d'autres obligations... Comme pour l'ensemble des médecins, l'indépendance des médecins du travail est limitée par les décisions de l'ARS, ou par celles des médecins conseils. La réforme de la médecine du travail met en avant la responsabilité du directeur du service interentreprises pour la mise en place des activités du service. Les limites à notre indépendance sont multiples, le poids des institutions de santé pèse sur notre exercice comme sur celui de tout médecin...

DANS UN PREMIER TEMPS, QUESTIONNER EN PRIORITÉ CE QUI DANS LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DES SERVICES DE MÉDECINE DU TRAVAIL PEUT S'OPPOSER À UNE PRATIQUE MÉDICALE INDÉPENDANTE

AGIR SUR LES SALARIÉS

QUI ENTOURENT LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Un des moyens pour faire plier les médecins du travail, c'est d'agir sur les personnels qui travaillent avec eux. En faisant pression sur la secrétaire ou l'infirmière du travail pour obtenir du médecin ce qui est demandé : soit le médecin plie, soit il résiste, avec le risque de mettre également en difficulté (et éventuellement en souffrance) la secrétaire ou l'infirmière ou d'aboutir à une accusation de harcèlement par le médecin du travail.

Pour pallier à cette dynamique, il faut instaurer un climat de confiance dans l'équipe et mettre en principe que c'est le médecin du travail qui est l'interlocuteur avec la direction du service ou l'employeur, ceci passe

par la prise de responsabilité des médecins face aux demandes qui leurs sont adressées de façon détournée. Beaucoup de secrétaires n'ont pas le soutien de leur médecin du travail, ni leur confiance, alors qu'elles sont en subordination totale avec leur direction. Ce qui peut aboutir à créer les conditions d'une indépendance technique.

Les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels sont eux dans une relation beaucoup plus complexe avec la direction, du fait de leur statut qui ne leur garantit pas d'indépendance, de l'absence de réflexion collective sur cette question, du fait des protocoles qualité, de la notion de prestation, etc.

*AGIR SUR L'EFFECTIF À PRENDRE EN CHARGE
PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL*

La première atteinte à l'indépendance dans les SIST c'est le rythme des visites et l'effectif attribué au médecin, car c'est le rythme des visites qui influence le travail médical de la consultation. Ce rythme est déterminé par l'employeur, via la secrétaire qui organise les rendez vous, leur rythme... et c'est souvent le début des conflits avec les secrétaires. On ne parle plus d'obligation de moyens (*via* le calcul de l'effectif en fonction des types de suivi : SMS ou pas), mais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens CPOM. Ajuster les besoins des salariés à ces contrats d'objectifs déclinés par la direction est un équilibre de compromis qui peut vite évoluer en déséquilibre ou en injonction paradoxale.

Il faut donc prêter attention au contenu des conventions signées avec les institutions de prévention et à la marge de manœuvre qu'elles laissent, ou ne laissent pas : s'engager sur des actes communs, mais avec une souplesse importante qui permette néanmoins de coller au terrain. Ces réalités sont différentes selon qu'il s'agit d'un service interentreprises ou d'un service autonome.

La capacité du médecin du travail de résister individuellement dans les SIST à une organisation du travail et des plans d'activité imposés par une direction est très limitée ou relève de l'héroïsme. Un élément de contre-pouvoir serait une Commission médico technique qui fonctionne correctement : avec un collectif de médecins suffisamment représenté ainsi que les infirmières du travail, les IPRP sont malheureusement trop souvent fragilisés par leur statut. La présidence de la CMT ça se vote ! Ce n'est pas obligatoirement le directeur du service : il faut être vigilant sur ces points qui, s'ils sont réunis, peuvent permettre de définir des règles de fonctionnement, et des objectifs atteignables larges et souples : par exemple trois petites

actions collectives, et des marges de manœuvre pour le reste. Mais cela représente un investissement important et régulier !

*FAIRE PRESSION
SUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL VIA LE SALARIÉ*

Des salariés disent parfois lors des consultations, que les aménagements prescrits par le médecin du travail ne sont pas respectés, que cette situation les met dans des conditions impossibles vis-à-vis des autres salariés, ce qui tend à mettre le médecin du travail en responsabilité de ces conditions de travail impossibles.

Pour un aménagement de poste, rappel des règles de co-construction d'un avis avec le salarié :

- 1^{ère} règle : la décision doit être prise avec le salarié, il faut impliquer le salarié dans l'avis d'aptitude : que mettre sur le papier ? Revenir sur la formulation, du point de vue de la santé sociale après avoir élucidé la question de la santé physique et morale.
- 2^{ème} règle : pas de fierté, je peux revenir en arrière.
- 3^{ème} règle : si pas d'aménagement mis en place, interpellé la hiérarchie.
- 4^{ème} règle : si pas d'aménagement dans les cas de travailleurs handicapés, alerter le CHSCT qui est chargé de l'application des conditions de travail pour les travailleurs handicapés.

Se pose ici le passage de l'individuel au collectif : comment pousser le débat sur ces problématiques dans le dialogue social, comment impliquer le contrôle social. Certains médecins du travail donnent la possibilité aux représentants des salariés de préparer avec eux les Commissions de contrôle.

Des auditeurs syndicalistes présents signalent qu'ils se heurtent souvent aux problèmes suivants : ils demandent à avoir les réunions (CHSCT, CE...) sur les heures de travail, ils ont des difficultés à avoir toutes les informations, ils ne connaissent pas toujours les textes concernant la pratique de la médecine du travail, les possibilités de transmission ou d'accès aux dossiers des salariés, les documents du médecin du travail dont ils peuvent avoir communication... Ils soulignent l'importance de la formation des membres de CHSCT et de CE, et la sensibilisation des médecins du travail au travail des représentants des salariés, ils pointent l'intérêt de développer la communication et la recherche de complémentarité avec les structures de contrôle social des SIST. Des convergences et des synergies seraient possibles en associant les élaborations professionnelles (CMT) au questionnement du contrôle

social institutionnel (Comité d'entreprise et commission de contrôle).

DE QUOI PARLE-T-ON : D'ATTEINTE À L'INDÉPENDANCE OU DE SUBORDINATION ?

L'indépendance du médecin du travail se situe à différents niveaux : dans le cabinet médical, dans ses écrits de médecin du travail, dans l'organisation de son travail.

Quand on dit que le médecin doit appliquer le projet de service, est-ce une subordination qui entraîne une forme d'activité qui porte atteinte à son indépendance dans la mesure où cela l'empêche d'agir comme il l'estime nécessaire pour la santé des salariés ?

La subordination imposée au médecin du travail est différente de la subordination d'un autre salarié, car l'activité du médecin doit être indépendante. Par la mission qui lui est dévolue de protéger la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail a légitimité pour pondérer et prioriser intelligemment son activité en fonction de ses observations des conditions de travail des salariés qu'il suit, et en essayant de résoudre les injonctions paradoxales générées par des obligations réglementaires contradictoires. Cela nécessite de prendre le temps d'argumenter ses choix, travail important que de nombreux médecins sacrifient « le nez dans le guidon » !

Le lien de subordination touche à l'organisation du travail mais pas à son contenu : la limite est-elle toujours bien définie ? Le projet de service fait mention de plans d'activités prioritaires, la commission médico-technique également, il y a des projets de secteurs... tout cela est chronophage pour les médecins qui n'arrivent plus à penser le travail. Dans les services inter, le lien de subordination est présenté comme n'atteignant pas l'indépendance, mais l'organisation et les priorités de la CMT limitent l'activité dans le cabinet médical, mais sans cette organisation, les médecins ne pourraient pas travailler. Il y a un équilibre de compromis entre l'application du droit impossible et la priorisation de la mission en reportant cette inadéquation juridique sur les services interentreprises, ce qui peut permettre aux entreprises d'interpeller le droit et de déstabiliser les directions mêmes des services interentreprises, mais qui peut-être permet un confort minimal pour l'exercice des médecins du travail et des équipes médicales.

Certains médecins ont un sentiment d'inutilité et de manipulation face à toutes les réunions et les groupes de travail mis en place pour le projet de service. Ils

acceptent les compromis pour tenir collectivement car leurs objectifs sont impossibles à tenir.

L'indépendance du médecin n'a de sens que s'il accomplit sa mission dans l'intérêt de la santé du salarié au travail. L'argumentaire justificatif des intérêts de la santé du salarié est l'outil pour limiter la subordination.

Exemple de la fiche d'aptitude : certains médecins s'en servent pour notifier des expositions, des suivis certains, et certains employeurs peuvent la refuser. Pourtant le modèle de la fiche d'aptitude n'est pas un CERFA, ce n'est qu'une fiche minimale qui peut être subvertie.

MISSIONS ET INDÉPENDANCE

On est dans la liberté d'action de chaque médecin. L'objectif est la santé des salariés, donc une mission de santé publique. Dans le cadre des SST, parallèlement aux CPOM et projet de service, des actions sont déterminées comme prioritaires, par exemple les CMR, pour le « bien commun » et demandées aux médecins du travail. Est-ce que les médecins peuvent s'abstenir de ces orientations collectives par exemple parce qu'ils estiment devoir s'orienter essentiellement sur la question des RPS qui concernent les salariés de leur secteur ? Est-ce que le médecin peut décider de ne pas s'inscrire dans cette action ? Peut-il déterminer que sa priorité est autre ? Un médecin peut-il se dégager d'une obligation réglementaire en argumentant ses priorités ? L'obligation de s'impliquer dans cette action prioritaire sur les CMR serait-elle une atteinte à son indépendance ?

On peut différencier un niveau de « bien commun » à l'échelle d'un secteur, et un niveau de bien particulier à une entreprise ou à un salarié ou à une catégorie de salariés. Le médecin peut-il abandonner l'action individuelle au profit de l'action collective ? Non, mais le risque est que le médecin du travail ne définisse plus ses priorités en fonction de ses constats de santé au travail mais qu'il s'inscrive dans le cadre d'actions définies par le service, sans lien avec les besoins réels. Illustration avec la prévention de la désinsertion professionnelle : thème qui peut être imposé par la DIRECCTE dans le cadre du projet de service et du CPOM ; c'est un thème qui pose question puisqu'il va à l'encontre de la notion d'inaptitude médicale. Pourquoi les médecins du travail devraient-ils intervenir en première ligne ?

Il y a souvent abus de langage au sein des CMT. Les directions utilisent souvent l'argument suivant : « La CMT a validé le projet ». Or c'est le CA qui approuve ou

non le projet, la CMT est un organe d'élaboration et de proposition, elle n'est pas un organe décisionnel, elle peut faire des propositions pour le fonctionnement du service dans les années à venir. Aucun membre de la CMT ne peut contraindre ses confrères, libre à chacun de définir le degré d'implication qu'il souhaite avoir dans chacune des actions proposées.

Pour référence, l'article 11 de l'accord de juin 2013 concerne le contrat de travail des médecins, le projet de service et le CPOM. Le contrat de travail précise que l'action des médecins doit s'inscrire dans le projet de service et le CPOM. Mais ces orientations ne doivent pas faire obstacle aux priorités d'action choisies par le médecin du travail pour un salarié ou une entreprise. Cette notion devrait obliger les médecins du travail à argumenter le choix de ses décisions et priorités. Quelle que soit la décision prise, elle est valide si elle est justifiée par le fait qu'elle a un sens pour la santé des salariés, individuellement ou collectivement. Si on considère que la responsabilité individuelle du médecin est engagée, on ne peut pas agir si on n'est pas convaincu de l'intérêt exclusif pour la santé et si on n'est pas capable d'argumenter la décision.

Le rôle d'un médecin délégué n'est pas de prendre des décisions pour ses confrères. Ce n'est pas une délégation de pouvoirs. Il doit transmettre les demandes de ses confrères et doit rendre compte à ses confrères.

Dans ce qui semble acquis pour nous, il y aurait deux tendances :

- Une surinterprétation du cadre contraint : problématique de la surcharge de travail, injonctions paradoxales, difficultés à prendre du recul et du

temps pour la réflexion, pression réelle sur les médecins du travail qui limite leur capacité d'indépendance, le nouveau vocabulaire CPOM – CMT qui nous empêche de penser et de garder le sens du métier

- Une surinterprétation des capacités à subvertir :
 - ♦ la capacité de subvertir a besoin de s'adosser à un collectif et à une élaboration collective entre médecins.
 - ♦ Il faudrait s'organiser avec les contre pouvoirs par rapport à l'objet même de la santé, penser un projet de coopération avec les représentants du personnel.

Les plans santé/travail sont comparables à la loi BACHELOT sur la notion de population suivie et de territoire, notion qui ouvre des perspectives autres que l'aptitude.

La notion d'alerte est enfin dans la réglementation, il y a donc une possibilité de transformer l'activité rêvée en « réelle activité »

À noter : les internes en médecine du travail ont créés l'ANIT, qui leur permet d'organiser des formations propres, et de mener leurs débats sur le métier à l'occasion des congrès annuels. Il y a une potentialité de transmission de savoir ou de règles de métier à ne pas négliger. La formation des internes à l'indépendance ne va pas de soi. Certains médecins du travail essaient de montrer aux internes la question de l'organisation et de l'indépendance en les faisant participer à toutes les réunions de CMT, CHSCT, etc. pour qu'ils découvrent une étendue de l'activité qui ne se réduit pas à des effectifs.