

Les perspectives offertes par l'approche multidisciplinaire dans la pratique de la santé au travail dans le BTP

SMT BTP Rouen-Dieppe

Résumé :

L'organisation des activités du BTP présente des spécificités marquées qui rendent peu opérants les abords de la santé au travail traditionnellement construits sur le modèle de l'industrie manufacturière. Le développement d'actions multidisciplinaires visant à améliorer les conditions de travail exige la mise en place de programmes spécifiques, rigoureusement formalisés, valorisants et motivants pour des chefs d'entreprise. La part respective de chaque organisme : CRAM, OPPBTP, ARACT, services de santé au travail ou entreprises prestataires de services doit être définie pour chacun de ces programmes. A côté de ces démarches lourdes et programmées, l'extrême évolutivité des chantiers requiert parfois des réponses rapides à des problèmes ponctuels. Là, des circuits souples et réactifs doivent se mettre en place, adossés à des conventions permettant de valider la demande et d'y répondre rapidement. La mise en route de ces nouvelles méthodes de travail recommande probablement un comité de pilotage afin de promouvoir des projets et de favoriser les retours d'expérience.

- 1- Les missions des services de santé au travail
- 2- Le BTP et la santé au travail
- 3- Le panel des services pouvant être offerts en interne par les SST
- 4- La multidisciplinarité externe
- 5- Les facteurs de résistance
- 6- Esquisse de possibilités de pratique multidisciplinaire dans le BTP

1 - Les missions des services de santé au travail (SST)

1-1 Présentation schématique :

Les missions des SST sont définies par des textes en apparence explicites :

Ce qui est précis :

- L'encadrement réglementaire de la gestion de l'aptitude et en général la gestion administrative de l'organisation de l'activité clinique.
- Les activités médicales relatives à la surveillance médicale spéciale (bruit, substances CMR, radiations ionisantes ...). Ces textes ne s'appliquent qu'à une minorité de salariés (moins de 15%). Ils sont cependant intéressants car ils explicitent par l'exemple comment se conçoit techniquement le contenu d'une surveillance médicale (par exemple le contenu du dossier médical).

Ce qui est moins clair :

- Le contenu de la surveillance médicale des autres salariés. Les objectifs sont définis en termes très généraux.
- Surtout pour ce qui nous intéresse ici, les activités non-cliniques (baptisées bien administrativement de tiers-temps, ce qui en souligne le caractère auxiliaire) restent dans le flou le plus total quant à leur contenu pratique. Par exemple les moyens techniques d'investigation (mesurages physiques, chimiques ...) dont dispose le médecin ne font l'objet d'aucune précision intéressante.

Au total, dans le passé bien souvent la médecine du travail a été un système qui autorisait théoriquement tout en matière de prévention mais qui ne permettait pas grand-chose en pratique en dehors du cabinet médical.

Des évolutions sont promises. En témoigne le changement d'appellation des services de médecine du travail en services de

santé au travail. Ici et là des expériences sont conduites. Le service du BTP de Rouen quant à lui entend prendre part à ces expérimentations.

1-2 Quelles spécificités par rapport aux autres institutions impliquées dans la santé-sécurité du travail ?

Deux points utiles à la compréhension de cette note doivent être soulignés :

1- **La médecine du travail n'est pas une institution** au sens de la CRAM, de l'ANACT ou de l'OPPBTP, qui sont des institutions-organe avec un statut et une structure opérationnelle propre. Au plan institutionnel, la médecine du travail est uniquement une obligation réglementaire des entreprises. L'exécution pratique de ces obligations est du domaine de l'initiative privée (comme la comptabilité) sous la forme d'associations interentreprises privées de type loi de 1901 (Il n'y a pas de service de santé au travail autonomes dans le BTP, même chez les majors).

Cette situation explique la grande disparité des modes de fonctionnements qui prévaut entre les services. Il n'existe pas d'homogénéité de structure. Les liaisons qui existent entre les différents services résultent uniquement d'initiatives particulières sans socle institutionnel.

Cette organisation a pour conséquences :

- positives : des marges d'autonomie notables pour les services volontaristes.
- négatives : des contraintes de gestion qui font reposer le financement des services de santé au travail essentiellement sur la facturation des visites médicales. Les services les moins dynamiques (un euphémisme) tendent à tirer les prix par le bas.

2- Les avantages et les spécificités de la médicalité.

La médicalisation importante des services de santé est un particularisme français. L'évolution de la médecine du travail vers la santé au travail l'atténuera nécessairement. Pour autant, cette caractéristique n'est pas sans avantages dès lors qu'on en fait bon usage. Le concept de *médicalité* permet d'aborder ce qui en fait l'originalité.

La *médicalité* est ce qui fait que la médecine est médecine. Elle est essentiellement pensée à travers la médecine de soins. Cependant l'activité du médecin du travail y trouve sa spécificité et une caution éthique : soumission à la déontologie médicale, notamment sur deux points essentiels : le respect absolu du secret médical qui ouvre à la confiance et l'indépendance technique des

médecins (ce dernier repris récemment dans la législation du travail). La mission d'aide au maintien dans l'emploi des victimes de handicaps est l'archétype de cette relation particulière.

2- Le BTP et la santé au travail

2-1 Le BTP présente **des spécificités fortes**, irréductibles aux schémas construits pour l'industrie. Pour ce qui implique directement les conditions de travail, on retient (sans les développer) :

- Une industrie de main d'œuvre ; L'importance du savoir-faire pratique acquis par l'expérience, par apprentissage par imitation sur le tas (savoir opératoire). Ceci est vrai pour les salariés et tout autant pour les chefs d'entreprise qui « accèdent à la performance par accumulation de savoir-faire » (G. Cuiller, cf supra).
- Un nombre très important de PME et de TPE, évoluant soit sur leur marché propre, soit en sous-traitance des entreprises générales. Avec des caractéristiques importantes empruntées à G.CUILLER, chef d'entreprise et auteur d'une thèse intitulée « Gestion et stratégie des PME dans le bâtiment : les PME optimisent sous la contrainte » :
 - . un sous-investissement fréquent, né d'une « gestion prudente en relation avec une activité soumise à des cycles économiques » limitant l'investissement en équipement de travail.
 - . une grande fragilité économique (forte mortalité) et parallèlement une démographie vivace.
 - . la faiblesse relative de l'encadrement dans les PME.
 - . « l'individualisme, la rationalité limitée de ses dirigeants (*liée au manque de lisibilité des marchés*) et les réticences à adhérer spontanément à un cadre organisationnel ». Les dirigeants « décident dans l'incertain ».
 - . un mode de fonctionnement qui fait une large place à l'informel : « Il est quasiment impossible de lister toutes les tâches de routine gérées la plupart du temps sur le mode oral ».
- L'importance des contraintes de logistique : l'**organisation** de la production est à reconstruire à chaque chantier. C'est

certainement le paramètre majeur en matière de conditions de travail sur les chantiers. L'exigence d'anticipation et d'organisation reste la base des constats faits en chantier, bien avant l'expertise proprement technique. Parallèlement, les besoins de coordination SPS sont fondamentaux : la gestion collective de la logistique des approvisionnements est un exemple parmi d'autres.

- Le concept « poste de travail » très différent de celui de l'industrie manufacturière.
- La forte autonomie des équipes. Cette autonomie est porteuse d'un vécu positif de liberté très fort dans le BTP (C'est un attrait du métier). Mais l'autonomie peut aussi être moyen de gestion dans l'improvisation.
- La faiblesse de la représentation du personnel, souvent totalement absente dans bien des PME.
- L'absence d'organisation spécifique en matière de sécurité : les cadres de sécurité sont réservés aux grandes sociétés où ils font un travail remarquable.
- Des évolutions : le recours important à l'intérim, à la location de matériel, le recours à la sous-traitance.

Dans ce cadre, il ne faut pas s'étonner de constater que dans de nombreuses situations les conditions de travail tiennent lieu de variable d'ajustement. Là où l'organisation se révèle insuffisante, les salariés sont invités à improviser.

Surtout, il faut bien comprendre que la demande spontanée des entreprises en actions visant à améliorer les conditions de travail est quasiment nulle. Cependant on constate l'émergence d'une demande en matière de prévention des accidents de travail, « dopée » par l'évolution récente de la jurisprudence en matière de responsabilité. Celle-ci incite les chefs d'entreprise à chercher une sorte de labellisation de leur bonne volonté à travers des démarches telles que les contrats de progrès de l'OPPBT. Encore ces démarches n'impliquent-elles que très peu les TPE.

2-2 Les besoins en santé propres au BTP

Ces besoins sont envisagés ici car ils constituent les cibles des actions de prévention.

Nous excluons ici la problématique des **accidents de travail** dont le danger, quelque soit les progrès évidents enregistrés ces dernières années, demeurent une préoccupation fondamentale. Cependant sur ce point les services de santé au travail ont un point de vue utile à faire valoir comme le montre le rôle des contraintes physiques et d'organisation dans la genèse des accidents de travail (analyse d'arbres des causes).

2-2.1. La prévention des maladies professionnelles

Les maladies professionnelles du BTP les plus fréquentes sont de loin les atteintes musculosquelettiques :

- Les TMS (MP 57),
- Les maladies du rachis (MP 98 et 97). Ces risques pour la santé sont presque génériques des métiers du BTP.

S'y ajoutent toute une variété de risques dont la caractéristique est d'être occasionnels et d'observation souvent difficile par un observateur extérieur (à l'exception du bruit) :

- Le risque chimique : poussières (inertes et fibrogènes dont le lourd passif lié à l'amiante), produits susceptibles de provoquer des dermatoses : ciment, résines époxydiques, cancérrogènes, solvants : peintures, décapants, colles, résines, nettoyeurs ...
- Les agents physiques : bruit au premier rang , vibrations ...
- Risques biologiques ...

Lorsque le risque est occasionnel, cas fréquent dans le BTP (peinturage au pistolet, utilisation du marteau-pneumatique par exemple), l'improvisation est fréquente et la protection souvent imparfaite (l'exposition à l'amiante dans la section 3 en est exemple d'un certain passé). Les risques relevant de la coactivité (risques importés et exportés) ne sont que très imparfaitement pris en compte du fait des insuffisances notoires de moyens de la coordination SPS.

Malgré cette diversité des risques, deux points reviennent sans cesse dans le vécu des salariés :

a. **Les conditions de travail physique contraignantes des chantiers** : manutentions manuelles (les approvisionnements), contraintes posturales, déplacements, ambiances climatiques ...

b. **Les défaillances dans l'organisation** et notamment dans la préparation logistique des chantiers. La coordination des activités (des coactivités) est cruciale. Des progrès très importants restent à faire.

2-2.2- Le vieillissement et le travail

Les notions de « travail pénible », de « partir à la retraite usé » sont très communes dans le monde du BTP. Une étude suisse montre 57 % des salariés du BTP ne présentent pas d'invalidité à 65 ans contre 89% pour le reste des salariés. Les pathologies rhumatismales d'usure : arthrose des grosses articulations : rachis (+++), genoux (++) , épaules (++) sont extrêmement fréquentes (enquête ESTEV). Cette pathologie altère la qualité de vie en fin de carrière et au-delà. Les origines sont multifactorielles. On relève :

- Les activités physiques lourdes, précoces à titre privé (par exemple pour les fils d'agriculteurs, situation fréquente dans le BTP) ou professionnel (entrée sur les chantiers à l'âge de 14 ans voire plus tôt (immigrés déclarés plus vieux pour pouvoir travailler), ...) ; Ces activités ont souvent débuté à une époque où, dans certaines PME, l'apprenti (« le mousse ») était une main d'oeuvre à bon marché, forme déguisée du travail des enfants plus qu'éducation professionnelle en alternance. S'y superpose les séquelles des accidents (du travail, de sport, de circulation) dont les conséquences peuvent ne se révéler que loin dans le temps : fractures articulaires (plateaux tibiaux, calcaneum), fractures-tassement vertébrales ...
- Les contraintes physiques lourdes du travail, même actuellement alors que des évolutions positives s'observent depuis bien des années. La comparaison des aides mémoires ergonomiques des industries mécaniques (automobiles) ou de process avec les conditions réelles de travail dans le BTP révèle l'ampleur de ce décalage. On rêve d'un aide-mémoire ergonomique à l'usage du BTP (à noter que l'OPPBTP a déjà produit de tels documents pour certaines situations particulières). Pourtant le médecin du travail sait bien (comme physiologiste) qu'il existe des limites au-delà desquelles l'augmentation des pathologies est probable. La norme NF X 35-109 et les travaux qui la soutiennent sur les manutentions manuelles, en est un exemple.
- L'effet de l'âge : notre civilisation est nourrie du mythe de l'éternelle jeunesse (expédier un septuagénaire valétudinaire dans l'espace régale les journalistes). Elle veut oublier les réalités des espèces vivantes : il existe un processus biologique de vieillissement qui, notamment, rend plus fragiles les cartilages, moins souples les articulations, etc... L'adaptation des

rythmes de travail notamment à l'âge est très théoriquement une mission des services de santé au travail.

- Les déterminismes sociaux et les styles de vie pèsent lourdement : obésité et facteurs nutritionnels, tabagisme, etc

Ces facteurs constituent évidemment autant de cibles de prévention.

3- Le panel de services pouvant être offerts en interne par les SST

3-1 Actuellement

Le potentiel d'apport des médecins dans le **domaine des conditions de travail** est contrasté : il dépend fortement des compétences et de l'expérience que chacun s'est efforcé d'accumuler.

Les limites de cet apport tiennent étroitement au fait que l'activité en milieu de travail est encore tenue pour une mission secondaire du médecin du travail alors que l'activité clinique et notamment les visites médicales systématiques demeurent l'activité essentielle, seule à être contrôlée et source principale du financement des services. Des réformes prochaines sont annoncées visant à atténuer les effets de cette particularité française.

Dans l'état actuel des choses, pour le secteur du BTP les compétences médicales que l'on peut recenser sont :

A - La **capacité à fournir des informations collectives** (libérées du secret médical individuel) sur l'état de santé des salariés :

- . Expertise sur les pathologies professionnelles.
- . Accès à l'écoute du vécu des salariés (ceci dit avec toutes les réserves) permettant de produire une expertise collective notamment en terme de pénibilité du travail physique et cognitif et de psychopathologie liée au travail. Ces informations sont susceptibles d'être proposées sous des formes plus ou moins sophistiquées au plan statistique: cette expertise peut donc comporter des études épidémiologiques de base.

B- La **capacité à fournir des informations sur les contraintes liées au travail** par des études en milieu de travail avec des techniques telles que analyse d'activité, cardiofréquencemétrie, sonométrie ...

C- La **bonne connaissance** des entreprises, de l'intimité de leurs rouages. Le capital de confiance que le médecin a accumulé à titre personnel est un atout important. Il est évident que la présence d'un CHSCT est importante même si la qualité de leur fonctionnement est extrêmement variable. Le médecin du travail y souvent est le seul membre extérieur à l'entreprise.

En conclusion, il ressort qu'un apport essentiel des services de santé au travail (SST) est de dépister les problèmes, de les identifier et de promouvoir la construction et l'expression d'une **demande** qui servira de point de départ à un abord multidisciplinaire.

3-2 Les possibilités de développement interne aux SST

Elles dépendront de plusieurs facteurs :

- Amélioration de la capacité de production d'informations collectives : l'**informatisation** des dossiers médicaux devrait accroître les possibilités de présenter des profils de risques pour la santé par entreprise ou par secteur d'activité (au prix il est vrai du renoncement à certains raffinements qualitatifs). Mais si l'intérêt théorique ne fait de doute pour personne, la portée pratique reste à évaluer. Elle dépendra fortement de la capacité des services à produire des outils informatiques assez souples pour rester gérables. La spécificité professionnelle des services BTP est certainement un atout.

- Augmentation de la **disponibilité des médecins** par la diminution du temps clinique. Nous n'aborderons pas ce chapitre qui est porteur de beaucoup de problèmes dont aucun aujourd'hui n'a de solution. En fait deux grandes possibilités s'offrent : soit les services demeurent sur le plan opérationnel centré sur les médecins du travail et dans ce cas la multidisciplinarité implique une diversification de leur activité aux dépens du temps clinique ; soit les SST se démedicalise : les médecins ne représentent qu'un département spécialisé relativement réduit dans le cadre d'un suivi qui de toute manière ne sera plus annuel (surveillances médicales essentiellement spéciales, aptitude, maintien dans l'emploi, expertises, analyse de contraintes physiologiques, secourisme, formation aux risques santé ...). Dans ce cas, comme on le voit dans de nombreux pays, l'axe « opérationnel » des SST pourrait fort bien se recentrer sur l'expertise de l'ingénieur, de l'ergonome ou de l'hygiéniste. Cette démedicalisation poserait alors d'autres problèmes comme celui de l'indépendance technique.

- L'introduction de **techniciens qualifiés en santé** est évoquée. Bien des hypothèses persistent quant à leurs missions et à leur fonctionnement : floue des qualifications et des expertises, nature du plateau technique et plus encore articulation avec les objectifs des médecins. Leur rattachement

hiérarchique et leur mode de fonctionnement opérationnel sont aussi de nature à poser question.

- Le **développement d'outils de communication** propres aux SST est une innovation récente très importante. Pour sa part le SST BTP Rouen-Dieppe propose une lettre *Santé BTP* et un site internet *sante-btp.comm*. Ces médias sont maintenant partagés par un réseau régional de SST du BTP.

- **L'apprentissage de méthodes nouvelles de travail** est une nécessité : actuellement le SST BTP de Rouen développe une démarche de formation à la **conduite de projet** dont le projet CIMENT est une application.

- Un atout : les relations privilégiées avec les partenaires sociaux : commission de contrôle et conseil d'administration.

4- La multidisciplinarité externe (entre SST et organismes extérieurs)

4-1 Le bilan du passé

La multidisciplinarité avec des organismes extérieurs aux SST n'est pas tout à fait nouvelle. Si on exclut les relations importantes avec les organismes mandataires de l'AGEFIPH pour le maintien dans l'emploi, il faut souligner les relations avec l'OPPBT même si celles-ci portent plus volontiers sur des échanges d'informations que sur des actions en milieu de travail. Avec la CRAM Normandie des actions ont déjà été montées : - enquête de terrain sur l'exposition des peintres aux solvants des peintures alkydes (1994), - actuellement, campagne de prévention sur les dermatites au ciment. Des échanges d'information ont régulièrement lieu entre les médecins et le laboratoire interrégional de chimie.

Avec l'ARACT, les interventions communes sont plus rares : une intervention dans une entreprise TP (canalisation) en 2002.

4-2 Les attentes des SST à l'égard de leurs partenaires :

Les médecins du travail attendent de leurs partenaires des soutiens à leurs actions qui vont dans plusieurs directions :

- Apports qualitatifs :
 - .en expertises (ergonomie, hygiène industrielle)
 - .en technologie (métrologie d'ambiance physique et

chimique)

.en communication (conseil en communication, liaisons médias, création de supports ...).

- Apports quantitatifs : possibilité de développer des actions de plus grande envergure en bénéficiant du poids institutionnel d'organismes tels que la CRAM.

Il sera certainement nécessaire de clarifier ces attentes. Le travail par projet précis est certainement le moyen d'éviter les déceptions.

5- Les facteurs de résistance

Traditionnellement, le secteur du BTP est spontanément très peu demandeur de services en matière d'amélioration des conditions de travail. Contrairement à l'industrie manufacturière soumise au coût direct des AT-MP et de l'absentéisme maladie, à la pression syndicale (quasi absente du BTP), aux nécessités de gains de productivité, le secteur du BTP et son tissu de PME sont peu poussés aux démarches telle que l'ergonomie ou l'hygiène industrielle. Si on exclut le cas assez particulier des majors, la demande et les structures internes susceptibles de faire vivre cette demande sont virtuellement absents.

Pourtant des évolutions très positives se font sentir :

- une exigence des salariés en matière d'information émerge, tendance parallèle à la montée des déclarations MP.
- les difficultés de recrutement du BTP : le besoin d'attirer les jeunes que rebutent la pénibilité des travaux.
- la responsabilité juridique : la perception de plus en plus aiguë de l'obligation de résultats en matière de sécurité.
- la nécessité de se prémunir des conséquences judiciaires par une démarche de prévention lisible à travers la traçabilité de ses actes : besoin de labellisation en matière de sécurité, maximum dans les marchés avec l'industrie pétrolière.
- des chefs d'entreprises mieux formés.

Ces facteurs de résistance doivent conduire à être vigilant sur les objectifs (ni défaitisme ni irénisme), sur les méthodes et sur les calendriers prévisionnels des actions de prévention.

6- Esquisse de possibilités de pratique multidisciplinaire dans le BTP

6-1 Le champ de la multidisciplinarité

Plusieurs types d'actions peuvent être envisagées :

6-1.1- actions programmées visant à l'amélioration des conditions de travail (pénibilité, santé et sécurité) :

Trois catégories d'action entrent dans ce cadre :

1- *L'évaluation des risques* :

- Préparation de rapports par métiers sur des risques physiques, chimiques (repérage, quantification) ou sur des types d'organisation (approvisionnement). Ces rapports ont pour objectif de motiver et d'orienter des campagnes de sensibilisation des entreprises et des salariés. Ils peuvent s'intéresser à des risques nouveaux (exemple : utilisation et impact sur la santé des nouvelles fibres minérales artificielles), à des risques connus mais insuffisamment évalués (exemple : exposition des plombiers aux vapeurs de solvants des colles pour PVC) ou encore explorer des contraintes organisationnelles (exemple : impact de la RTT sur les conditions de vie et de travail). Ils peuvent être publiés sous forme de monographies. Ce mode d'approche collectif est le seul qui soit pertinent avec les TPE. La **veille sanitaire** est un aspect de ce rôle.

- **Préparation de rapports sur des indicateurs de santé par entreprise.** Surtout valable pour les grandes entreprises ayant pour relais un CHSCT : par exemple : évaluation des facteurs de TMS, impact des substances CMR, évaluation des expositions aux solvants. Rappelons que le médecin du travail doit théoriquement produire une fiche sur les risques de l'entreprise et qu'il est convié à aider le chef d'entreprise dans la rédaction de son document unique d'évaluation des risques.

- Evaluation des **risques spécifiques sur un chantier particulier** : souvent en grand chantier : tunnel, ouvrage de génie civil : gaz et fumées, solvants de peinture et résines de sol, silice (rabotage de paroi ...).

2- *La communication* : campagnes d'information à destination des employeurs ou des salariés. Ces campagnes doivent être évaluables au moins en terme de couverture. Le projet CIMENT en cours dans le service BTP de Rouen est

un prototype de ce type d'action. Un but de ces campagnes est l'information et la sensibilisation au risque et à la prévention : l'affaire de l'amiante nous a en effet appris qu'un des regrets de partenaires en cause (victimes ou industriels) était qu' « on ne savait pas ». Au-delà, l'objectif « stratégique » est incontestablement la promotion d'une **véritable culture de la prévention**.

3- les démarches de progrès internes des entreprises, dont la Démarche de progrès de l'OPPBT est une application (l'OPPBT ne se substitue pas en théorie au chef d'entreprise : il joue un rôle de conseil technique, voire de conseil en management de la sécurité).

Toutes ces actions reposent sur des **programmes** formalisés, avec des **objectifs, des méthodes, des moyens et un calendrier** et surtout un suivi et une coordination.

6-1-2 Les actions collectives non programmables

Le chantier est par définition le lieu d'interventions éphémères. Evaluer un risque, répondre à une demande du chantier implique une grande réactivité. L'exposition est le plus souvent imminente quand elle n'est pas déjà en cours. Il faut donc imaginer des **circuits de communication** simples, préparés par des conventions, qui permettent de valider la demande et d'y répondre rapidement.

En conclusion, il faut avant tout expérimenter : seule la pratique permettra de dégager les bonnes méthodes. Surtout, l'usage déterminera le volume d'activité que chaque institution pourra consacrer à ces actions multidisciplinaires tout en continuant à mener ses autres activités statutaires.

0000