

LA CONSTRUCTION DE L'INVISIBILITÉ

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS LE BTP

Jean-Louis ZYLBERBERG

L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER), conduite en 2009-2010 montrait que la silice cristalline, les émissions de moteur diesel, les poussières de bois, les fumées de goudron et de bitume étaient les principaux agents cancérogènes dans le secteur de la construction.

En 2009, Anne Thuret soutenait sa thèse d'épidémiologie, *Les risques pour la santé des travailleurs de la construction. Analyse de la mortalité prématurée et évaluation des expositions professionnelles*. Les principaux résultats montraient un risque accru de mortalité toutes causes, de mortalité par cancer de la lèvre, de l'appareil digestif et du péritoine (œsophage, estomac), de l'appareil respiratoire (poumon, larynx) et de la vessie, particulièrement chez les ouvriers non qualifiés de la maçonnerie, de la couverture-installation et des travaux publics. Elle observait une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les ouvriers de la couverture-installation, de la serrurerie-métallerie et des travaux publics. Un excès de risque de broncho-pneumopathies obstructives chez les ouvriers des travaux publics était retrouvé. Elle mettait en évidence une surmortalité par diabète chez les ouvriers de la maçonnerie par rapport aux autres ouvriers de la construction et une surmortalité par chutes accidentelles chez les ouvriers de la couverture-installation.

Depuis trois ans, j'exerce dans un service interentreprises du BTP. Le logiciel gérant le dossier médical informatique a été conçu début des années 2000 par certains médecins du service. Il permet la saisie de certains risques professionnels. Parmi les quatre principaux agents cancérogènes retrouvés par l'enquête SUMER, les émissions de moteur diesel ne peuvent être saisies que dans une rubrique « Autres ». Les six familles de risques psychosociaux décrits par le Collège d'Expertise animé par M. Gollac en 2009 ne peuvent être saisies que dans la rubrique « Autre » ou via un item « Charge mentale » proposé par le logiciel. C'est une première façon de rendre invisible certains risques dans le rapport annuel d'activité.

Depuis la nouvelle réglementation applicable depuis le 1^{er} janvier 2017, ce logiciel a été actualisé d'une façon « remarquable ». Si l'entreprise ne déclare aucun risque au service de santé au travail, pour de multiples raisons (difficultés pour les entreprises de saisir les risques dans une interface informatique peu « ergonomique », cabinet comptable peu au fait de l'évaluation des risques professionnels, de nombreuses menuiseries ne déclarent pas le risque « agents cancérogènes » alors qu'auparavant elles déclaraient le risque « poussières de bois »), le logiciel ne permet ni à l'ASST ni à l'infirmier ni au médecin du travail de modifier l'intitulé de la consultation et donc la périodicité. C'est une seconde façon de rendre invisible les risques dans les TPE et PME (plus de 80 % des entreprises de mon secteur d'activité).

En août 2015, un dirigeant polonais d'une entreprise tous corps d'état du bâtiment, déclarant au service un effectif de quatre salariés, demande, en urgence, à la secrétaire médicale planifiant mes consultations, 35 consultations d'embauche. Ce sont des salariés détachés, c'est-à-dire sans contrat de travail avec l'entreprise basée en France. Après de nombreux échanges y compris avec la DIRECCTE, et devant mon refus de consulter en urgence ces 35 salariés, la direction de mon service expliquera à l'employeur qu'il existe des services de santé au travail en Pologne compétents. Un an après, l'effectif de cette même entreprise passe de quatre salariés à 40 salariés. Comme souvent dans le secteur du bâtiment, le premier salarié polonais qui vient me voir en consultation ne parle pas le français et est seul. Concluant sur sa fiche d'aptitude médicale que je ne peux pas conclure en l'absence de traducteur, le second sera accompagné de l'assistante de direction... Il est relativement complexe, dans ce contexte, « ...d'interroger le salarié sur son état de santé, de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail, de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre et de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur

la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande... » (article R.4624-11 du Code du travail, aucun risque n'étant déclaré par l'entreprise, je me trouve dans le cadre de cet article). L'entreprise sollicitera, quelques jours plus tard, la direction de mon service pour changer de médecin du travail, ce que cette dernière s'est empressée de faire sans m'en informer...

En janvier 2016, la directrice Qualité Hygiène Sécurité d'un grand groupe de gros œuvre m'informe de l'hospitalisation d'un ferrailleur intérimaire travaillant pour une entreprise sous traitante dans un hôpital du Val-de-Marne pour suspicion de tuberculose pulmonaire. Je sollicite l'entreprise pour avoir les coordonnées de l'agence d'intérim afin d'avoir les coordonnées du confrère de cette dernière. Malgré de multiples messages laissés, le confrère ne me sollicitera pas. Le Centre de Lutte antituberculeux (CLAT) du Val-de-Marne me contacte pour m'indiquer que le chantier où travaillait l'intérimaire se trouvait dans les Hauts-de-Seine et donc le CLAT de ce département devenait mon interlocuteur. Sur les 21 salariés considérés comme exposés, sept sont des intérimaires (proportion d'intérimaires sur les chantiers habituellement inverse) : quatre intérimaires ne viendront pas pratiquer les examens complémentaires proposés par le CLAT alors que quatre contractuels sur 14 ne viendront pas. Une autre invisibilité des inégalités de santé...

Je n'ai vu en consultation aucun intérimaire dans le cadre du suivi individuel renforcé en tant que médecin du travail de l'entreprise utilisatrice dans le cadre des risques déclarés par l'entreprise utilisatrice à l'agence d'intérim. Mais aurais-je les moyens de le faire dans ce contexte de démedicalisation du suivi individuel de la santé au travail ?

En 2009, la Haute Autorité de Santé publiait une recommandation de bonnes pratiques concernant le Dossier Médical en Santé au Travail. Il était recommandé une consultation à l'âge de 50 ans afin de mieux participer à la traçabilité des expositions professionnelles. Cette consultation n'a pas été discutée en commission médico-technique et ne fait donc pas partie du projet de service. Elle permettrait pourtant de tenter de mettre en place les outils pour un suivi médical post-exposition puis entamer une traçabilité des expositions en vue d'un suivi post-professionnel.

Par courrier du 8 juillet 2017, le Premier ministre a supprimé quatre facteurs de prévention de la pénibilité : le travail répétitif, les manutentions manuelles, les vibrations et les agents chimiques dangereux. Un peintre, un maçon, un coffreur boiseur ou un menuisier ne vivent plus des travaux « pénibles ». C'est la dernière cerise sur le gâteau de l'invisibilité des inégalités de santé dans le BTP.