

## Virilité, métier et rapport aux risques professionnels: le cas de travailleurs de la sous-traitance

Paul Bouffartigue et Jean-René Pendariès  
Avec la collaboration de Jacques Bouteiller

[bouffartig@univmed.fr](mailto:bouffartig@univmed.fr)

Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (UMR 6123: CNRS-Universités d'Aix-Marseille I et II)  
35 avenue Jules Ferry. 13 621 Aix-en-Provence Cedex.

### INTRODUCTION

Le développement de la sous-traitance est l'une des modalités importantes de transformation du système productif tendant à fragiliser la construction de la santé au travail. Le rapport qu'entretiennent les travailleurs concernés aux risques professionnels est susceptible de former l'un des moments de cette fragilisation. Au travers de quels mécanismes sociaux et subjectifs? En quoi tendent-ils à atténuer la conscience de ces risques? Tel est l'objet de cet article, basé sur une enquête conduite auprès de salariés masculins de la sous-traitance « interne » de l'industrie lourde (pétrochimie et sidérurgie). On recense d'abord les facteurs objectifs de fragilisation de la santé de ces travailleurs, relativement à la situation des travailleurs des entreprises utilisatrices, facteurs associés au rapport social de sous-traitance. On propose ensuite quelques éléments de cadrage statistique plus vaste du lien perçu entre travail et santé, avant de souligner l'importance, chez les enquêtés, des conduites ambivalentes face aux risques. Leur perception de la relation travail-santé semblant a priori plus positive que ce que l'on pouvait attendre.<sup>[1]</sup> On interroge enfin le modèle d'interprétation souvent mobilisé à propos de ce dernier phénomène, celui des « stratégies défensives », de sexe et de métier. On montre qu'il doit être replacé dans un ensemble plus complexe de causalités qui construisent également l'activité professionnelle comme opérateur de santé et comme facteur de sélection par la santé.

### 1- Santé sous-traitée, santé dégradée

Le développement du recours à la sous-traitance de la part des grandes entreprises reste un phénomène mal connu. C'est une « zone obscure du monde du travail » (Conseil économique et social, 1994), rebelle à l'appareil statistique. Des points de repère sur les effets de ce phénomène existent cependant. Il est généralement associé au processus plus large de développement de la précarité de l'emploi, dont on connaît les implications négatives dans le domaine des conditions de travail, de l'exposition aux risques professionnels et de la sous-estimation de ces risques par les salariés concernés. Mais s'y ajoutent aussi des modalités

spécifiques de fragilisation de la santé au travail, liées aux rapports sociaux de subordination des activités sous-traitées aux logiques socio-économiques des donneurs d'ordre.

Le mouvement d'ensemble de précarisation de l'emploi est associé à une précarisation du travail ainsi qu'à une précarisation des formes de défense et de représentation collectives des salariés. Il s'agit de trois dimensions indissociables de la déstabilisation de la condition salariale contemporaine (Bouffartigue et Bérout, 2009). Une revue de la littérature internationale réalisée il y a une dizaine d'années sur les liens entre précarisation professionnelle et atteintes à la santé concluait : « Of the 93 published journal articles and monographs/book chapters reviewed, 76 studies found precarious employment was associated with a deterioration in occupational health and safety (OHS) in terms of injury rates, disease risk, hazard exposures, or worker (and manager) knowledge of OHS and regulatory responsibilities. ». (Quinlan, Mayhew et Bohle, 2001, p. 335 ). Une étude plus récente permet de préciser les modalités de superposition de conditions de travail dégradées et des formes d'instabilité de l'emploi en France (Rouxel, 2009) : horaires plus souvent variables et imprévisibles; travail davantage contraint par des cadences et des « contraintes industrielles »; autonomie plus faible; pénibilités physiques plus nombreuses; défaut plus fréquent des moyens nécessaires pour faire un travail de qualité; soutien plus faible de la hiérarchie et, plus encore, des collègues; accès plus rare aux dispositifs de prévention des risques professionnels. Avec des nuances, ces caractéristiques dégradées concernent la plupart des statuts d'emploi instables.<sup>[2]</sup> Ajoutons que cette surexposition des salariés précaires aux pénibilités et risques professionnels tend à être sous-estimée par ces derniers. Ce phénomène est probablement lié au caractère particulièrement vital de l'emploi et du travail pour ceux qui en sont souvent privés et à des effets de sélection par la santé, spécifiques chez ceux qui sont plus souvent soumis à recrutement.

Le salariat de la sous-traitance s'est considérablement étendu depuis une trentaine d'années, sans que l'on puisse mesurer précisément ce phénomène qui échappe aux catégories statistiques (Thévenot et Valentin, 2003; Perraudin, Thévenot et Valentin, 2006). Sur un site pétrochimique, on estime de 20 à 40 % la part de l'emploi sous-traité, en dehors des périodes de « grands arrêts ». La sous-traitance forme un monde très hétérogène<sup>[3]</sup>, cette hétérogénéité s'étant probablement accrue depuis les années 1990. Les donneurs d'ordre ont en effet mis en place des politiques de professionnalisation et de fidélisation destinées à améliorer la qualité, la fiabilité, la sécurité et les délais de réalisation de certaines prestations (Garnier, 2001; Hery, 2009). Tous les emplois n'y sont donc pas nécessairement instables, y compris si on étend cette notion aux salariés bénéficiant d'un contrat de travail stable mais qui ont des craintes pour leur emploi. Mais tout laisse à penser que la sous-traitance tend à surexposer les salariés concernés à l'ensemble des formes de la précarité salariale. Fondée sur une relation interentreprises intrinsèquement précaire – avec le risque permanent de non-renouvellement des contrats –, c'est une forme de mise au travail qui se substitue au rapport salarial direct. À l'incertitude sur l'avenir du contrat de sous-traitance s'ajoutent des clauses de bonus-malus destinées à aiguillonner l'activité dans tous les domaines. Si la fidélisation d'un premier cercle d'entreprises sous-traitantes peut se traduire par une stabilité relative des conditions d'emploi et de travail de certains salariés « extérieurs », le phénomène de la sous-traitance en cascade permet toujours de reporter sur les établissements plus périphériques les formes de contraintes et de subordination dérivées des exigences du donneur d'ordre. En tendance, plus on s'éloigne de ce premier cercle, plus on rencontre l'usage des formes précaires d'emploi et de formes de travail dégradées et exposées aux risques. La pression temporelle, *via* les contraintes de délais de réalisation des opérations sous-traitées, est l'une des contraintes majeures. Dans l'industrie nucléaire, où la surexposition des travailleurs de la sous-traitance a été bien étudiée (Thebeau, Mony, 2001), « la relation de sous-traitance ne laisse pour ainsi dire pas de marge de manœuvre aux salariés dans la gestion du temps » (Doniol-Shaw G., Huez D., Sandret N., 1995, p. 205).

Par ailleurs, ce sont surtout les tâches d'exécution et les opérations les plus pénibles et/ou dangereuses qui sont externalisées. Or, la mobilité et le nomadisme des travailleurs d'un site à un autre compliquent leur familiarisation avec l'outil de production; la segmentation et la mise en concurrence des collectifs de travail gênent la construction et la capitalisation des savoir-faire de prudence; l'extrême faiblesse de l'organisation et de la représentation collectives de ces travailleurs, la diversité des conventions collectives dont ils relèvent renforcent les conditions objectives d'une surexposition aux risques professionnels; la disjonction entre l'employeur formel – l'entreprise sous-traitante – et l'employeur de fait – le donneur d'ordre – rend difficile ou impossible la reconnaissance des responsabilités en matière de risques professionnels ainsi que leur prévention<sup>[4]</sup>; enfin, la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles y est notoire, de même que la médiocre couverture institutionnelle et statistique de la santé au travail de ces salariés. Ainsi, tout laisse donc à penser que cette « santé sous-traitée » est nettement fragilisée eu égard à celle des travailleurs directs du donneur d'ordre (Héry, 2002, 2004, 2009).

Dans l'industrie nucléaire, les salariés sous-traitants supportent 80 % de l'exposition collective annuelle à la radioactivité, leur exposition étant 8 à 15 fois supérieure à celle des salariés de l'entreprise utilisatrice intervenant sur le même site. Dans la pétrochimie, le nombre d'accidents du travail déclarés par les entreprises sous-traitantes peut atteindre le double de celui déclaré par les donneurs d'ordre (Hancy, 2003). Finalement, il apparaît fort peu probable que les politiques de professionnalisation de certaines modalités de recours à la sous-traitance aient modifié cette donnée : « En première analyse, l'hypothèse des conditions de travail et de sécurité satisfaisantes pour les salariés des entreprises sous-traitantes, du fait de cette sous-traitance en apparence garante de professionnalisme, apparaît assez peu convaincante. La nécessité d'une prévention renforcée et adaptée pour ces travailleurs apparaît encore plus évidente à la lumière d'une des rares études épidémiologiques consacrées à une telle population, celle des maçons fumistes » (Héry, 2004, p. 15). C'est donc la surexposition aux pénibilités et aux risques professionnels, et la faiblesse des dispositifs de prévention qui, loin de la compenser la redoublent, qui caractérisent la situation des travailleurs de la sous-traitance.

## 2- Perception du lien santé-travail : un cadrage

« La perception des liens entre santé et travail n'est pas immédiate. Elle ne s'impose spontanément ni aux travailleurs, ni à ceux qui dirigent leur travail. » (Gollac et Volkoff, 2006, p. 10). Les notions de « conditions de travail », « pénibilité du travail » ou de « risques professionnels » sont des constructions sociales et subjectives. Elles peuvent être vues comme de puissants filtres qui modulent les représentations des liens entre la santé et le travail, notions elles-mêmes socialement et subjectivement variables. Sans préjuger de leur relation avec la réalité objective des dimensions délétères ou, inversement, favorables à la santé, qui sont celles de leurs conditions de travail, il est utile de cadrer la distribution sociale de cette perception.

L'enquête *Sumer 2002-2003*<sup>[5]</sup> en permet une première approche au travers des réponses de près de 25 000 salariés à une question simple : « Pensez-vous que votre travail influence votre santé? » Ces réponses se distribuent entre trois modalités offertes : « Non, mon travail n'influence pas ma santé; Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé; Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ».

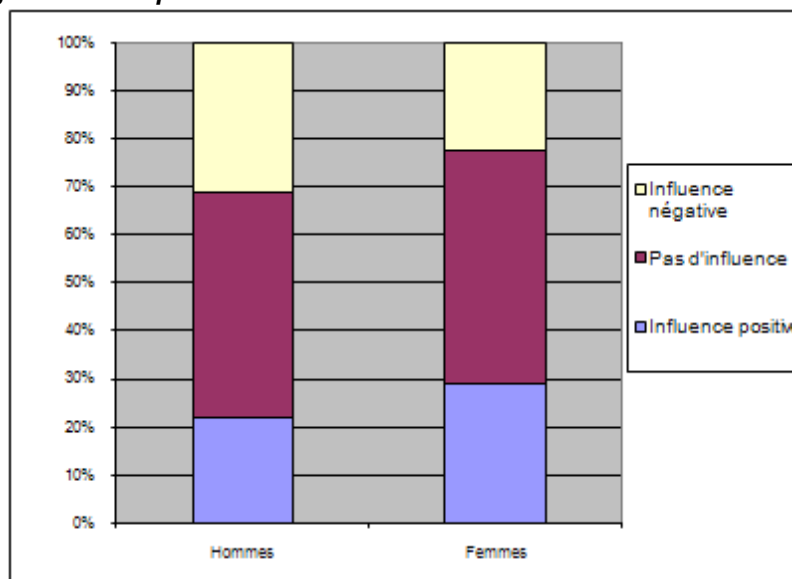
Il n'est malheureusement pas possible d'identifier les travailleurs de la sous-traitance dans cette enquête, pas plus d'ailleurs que dans les autres grandes enquêtes statistiques.<sup>[6]</sup> L'enquête *Sumer* permet cependant d'anticiper la manière dont la perception du lien santé-travail peut se décliner dans un milieu professionnel dont on sait *a priori* qu'il est marqué par une série de caractéristiques, comme la masculinité, le poids des ouvriers, la précarité de l'emploi, la petite taille des établissements et la faible présence en leur sein des institutions représentatives du

personnel.

Se confirme ainsi le rôle d'une série de variables susceptibles de jouer sur la perception des liens travail santé. Les grandes différenciations sociales se manifestent beaucoup moins sur la fréquence de la perception d'un lien entre la santé et le travail, que sur le sens, positif ou négatif, de ce lien : la dispersion des réponses « oui » ou « non » à la question « Pensez-vous que votre travail influence votre santé? » est nettement plus faible que celle des réponses aux deux autres modalités de réponse offertes : « Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé »; « Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ».

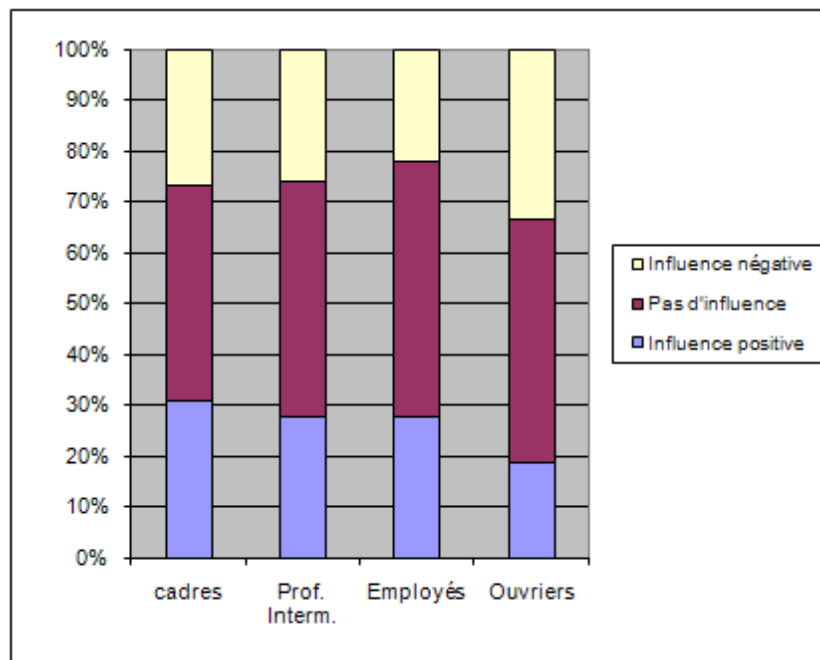
Le sexe et l'appartenance ou non au groupe ouvrier sont les deux premières caractéristiques sociodémographiques qui jouent sur le sens de la perception des liens entre santé et travail (Figures 1,2,3). Parmi la moitié des salariés qui considèrent que leur travail influence leur santé : deux hommes sur trois la jugent négative, deux femmes sur trois la trouvent positive; deux ouvriers sur trois la jugent négative, ce qui est aussi le cas de plus d'une ouvrière sur deux; deux cadres de sexe féminin sur trois la jugent positive. Faible parmi les ouvriers, la différence entre les sexes est très marquée dans les trois autres grandes catégories sociales : employés, professions intermédiaires et cadres. Pour les hommes, la perception d'une influence négative l'emporte dans toutes les catégories, sauf chez les cadres où les opinions sont partagées. Pour les femmes, seules les ouvrières perçoivent majoritairement un lien négatif, la perception d'une influence positive l'emporte nettement dans les trois autres catégories.

**Figure 1- Perception de l'influence du travail sur la santé selon le sexe**



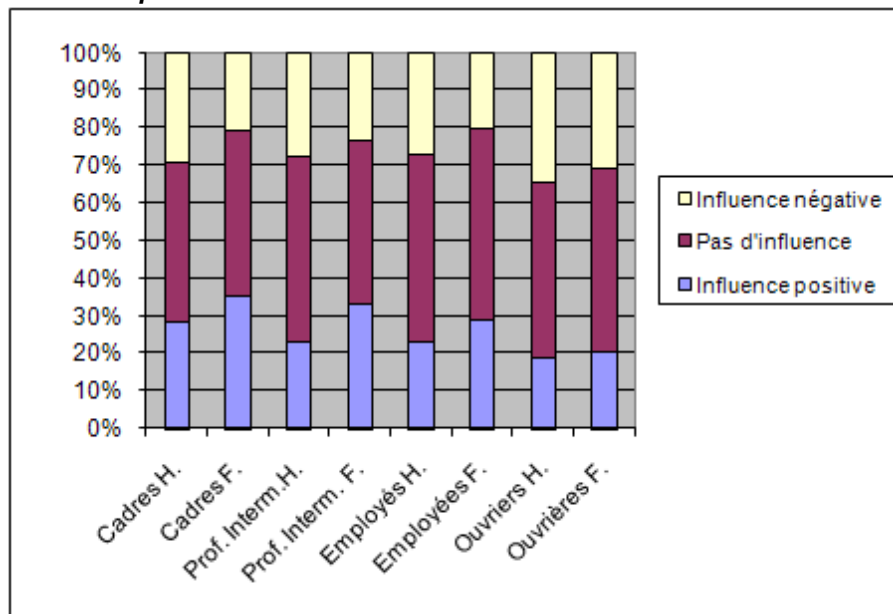
(Source : Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation originale)

**Figure 2- Perception de l'influence du travail sur la santé selon la CSP**



(Source : Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation originale)

**Figure 3-Perception de l'influence du travail sur la santé selon la CSP et le sexe**



Ces liens statistiques sont attestés à la fois en considérant chacune de ces deux variables isolées, et en isolant son effet propre « toutes choses égales par ailleurs », à l'aide de régressions logistiques. Deux modèles sont présentés ci-dessous. Le premier (tableau 1) teste les principaux facteurs de perception d'une influence du travail sur la santé, négative ou positive, en prenant en compte toutes les catégories socioprofessionnelles. Le second (tableau 2) teste les mêmes facteurs, mais sur la seule perception d'une influence négative, et en ne prenant en compte que les ouvriers, tout en les distinguant ici selon qu'ils sont ou non qualifiés. Ces deux tableaux montrent que l'effet, combiné ou séparé, du sexe et de la CSP, est encore net lorsque l'on introduit une série d'autres variables afin de les contrôler, y compris des variables liées à la santé perçue ou à la satisfaction au travail, dont l'effet propre est, il est vrai, encore plus puissant. Ces résultats permettent de préciser que les ouvrières se distinguent peu des ouvriers de sexe masculin du point de vue de la perception d'un lien positif, au demeurant assez peu fréquente chez les deux sexes dans ce groupe social. On note également combien les femmes cadres se particularisent par la fréquence de la perception d'un lien positif.

Avoir un emploi précaire, une ancienneté faible, et une qualification plus élevée – y compris au sein des seuls ouvriers, comme dans le modèle présenté plus bas – avoir moins de trente ans, travailler dans un petit établissement sont autant de facteurs qui tendent à atténuer la perception d'un lien négatif entre le travail et la santé. On note cependant que les ouvriers sont la catégorie sociale la plus critique sur le lien travail-santé, et que les hommes le sont davantage que les femmes (Bouffartigue, Bouteiller et Pendariès, 2010). Ainsi, un ouvrier de sexe masculin sur trois déclare que son travail joue négativement sur sa santé, contre seulement une femme cadre sur cinq.

D'autres variables ont été testées dans d'autres modèles non présentés ici. Ainsi, la présence d'un CHSCT dans l'établissement est associée à une perception plus fréquente d'un lien négatif entre santé et travail : la conscience des risques professionnels est donc fortement médiatisée par la présence d'institutions traitant de ces risques. Travailler en horaires atypiques joue également, mais faiblement, en faveur d'une perception négative.

En résumé, si l'on rappelle que le monde de la sous-traitance industrielle est marqué par le poids des ouvriers, de sexe masculin, l'instabilité de l'emploi, la petite taille des établissements et leur faible couverture par les institutions représentatives du personnel, les deux premières caractéristiques sont associées à une perception plus fréquente d'une influence négative du travail sur la santé, les trois dernières à une perception plus fréquente d'une influence positive. Pour aller plus loin, il est indispensable, comme le préconisent S. Volkoff et A.-F. Molinié (2008), de compléter l'approche statistique, explicative et causaliste, en matière de « facteurs de risques » par une approche compréhensive, inscrite dans des configurations sociales concrètes.

**Tableau 1- Facteurs de perception d'une influence du travail négative et positive sur la santé**

	Estimer une relation négative w/santé		Estimer une relation positive w/santé	
	Odds ratios	P	Odds ratios	P
<b>Ouvriers hommes</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
Ouvrières femmes	0,60	p<.0001	1,04	p>.10 (n.s.)
Employés hommes	0,72	p<.0001	1,36	p<.0001
Employées femmes	0,46	p<.0001	1,78	p<.0001
Prof. hommes	0,70	p<.0001	1,39	p<.0001
Prof. interm. hommes	0,51	p<.0001	2,18	p<.0001
Cadres hommes	0,96	p>.10 (n.s.)	1,77	p<.0001
Cadres femmes	0,50	p<.0001	2,50	p<.0001
<b>30 - 39 ans</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
<30 ans	1,35	p<.0001	0,93	p>.10 (n.s.)
40 - 49 ans	0,83	p<.0001	1,10	p<.05
50 ans et +	0,72	p<.0001	1,20	p<.01
<b>cdi</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
fonctionnaire	0,90	p>.10 (n.s.)	1,32	p<.0001
précaire	0,75	p<.0001	1,23	p<.001
<b>ancienneté 3 à 10 ans</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
ancienneté <= 3ans	0,84	p<.0001	1,18	p<.01
ancienneté >10	1,13	p<.01	0,89	p<.01
<b>50 à 499 salariés</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
1 à 49 salariés	0,84	p<.0001	1,18	p<.0001
500 salariés et +	1,36	p<.0001	0,86	p<.01
<b>plutôt satisfait de son travail</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
plutôt insatisfait de son travail	5,09	p<.0001	0,32	p<.0001
<b>état de santé noté plutôt haut</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
état de santé noté plutôt bas	3,32	p<.0001	0,71	p<.0001

Deux régressions logistiques binaires sont présentées : dans la colonne de gauche, la variable dépendante est « penser que son travail influence négativement sa santé », opposée aux deux autres modalités possibles; dans la colonne de droite la variable dépendante est « penser que son travail influence positivement sa santé », opposée aux deux autres réponses.

*Lecture* : Population de référence : homme, 30-39 ans, ouvrier, 3 à 10 d'ancienneté, établissement de 50 à 499 salariés, plutôt satisfait de son travail, jugeant plutôt en bonne santé (note supérieure à 6/10. Être

une femme ouvrière, « toutes choses égales par ailleurs », se traduit par une probabilité plus faible d'estimer un lien négatif entre travail et santé (« odds ratio » de 0,60 contre 1). Significativité statistique : au seuil 1/1000 ( $p < 0,001$ ), 1 % ( $p < 0,01$ ). Non significatif (n.s) ( $p > 0,10$ )

**Tableau 2- Facteurs de perception d'une influence négative du travail sur la santé**

LOGIT : Hypothèse nulle =	Estimer une relation négative w/santé	
	Odds ratios	P
<b>Hommes</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
Femmes	0,58	$p < 0,0001$
<b>30 - 39 ans</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
<30 ans	1,34	$p < 0,0001$
40 - 49 ans	0,83	$p < 0,0001$
50 ans et +	0,72	$p < 0,0001$
<b>Ouvriers qualifiés</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
Ouvriers non qualifiés	1,13	$p < 0,05$
<b>cdi</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
fonctionnaire	0,86	$p < 0,05$
précaire	0,76	$p < 0,0001$
<b>ancienneté 3 à 10 ans</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
ancienneté $\leq 3$ ans	0,84	$p < 0,0001$
ancienneté $> 10$	1,12	$p < 0,01$
<b>50 à 499 salariés</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>
1 à 49 salariés	0,83	$p < 0,0001$
500 salariés et +	1,34	$p < 0,01$
<b>plutôt satisfait de son travail</b>	<b>ref</b>	<b>ref</b>

*Régression logistique binaire* : la variable dépendante est « penser que son travail influence négativement sa santé », opposée aux deux autres modalités possibles.

*Lecture* : Population de référence : homme, 30-39 ans, ouvrier qualifié, 3 à 10 d'ancienneté, établissement de 50 à 499 salariés., plutôt satisfait de son travail, se jugeant plutôt en bonne santé (note supérieure à 6/10). Être une femme, « toutes choses égales par ailleurs », se traduit par une probabilité plus faible d'estimer un lien négatif entre travail et santé (« odds ratio » de 0,58 contre 1). Significativité statistique : au seuil 1/1000 ( $p < 0,0001$ ), 1 % ( $p < 0,01$ ).

## TERRAIN ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

L'enquête porte sur des travailleurs employés par des entreprises sous-traitantes de l'industrie pétrochimique et sidérurgique de la région de Fos-Étang de Berre (région de Marseille, France). Au nombre de plusieurs centaines, elles interviennent principalement dans la maintenance, la réfection, le nettoyage des installations. Les principaux métiers relèvent de la métallurgie, de la mécanique, de l'électronique-instrumentation, du calorifugeage, de l'échafaudage. Aux risques physiques traditionnels associés à la réalisation de tâches manuelles (contraintes posturales et articulaires), de plus dans un environnement soumis à des températures et des niveaux sonores

souvent excessifs, s'ajoutent les risques chimiques et d'accidents graves (explosions). Ces derniers sont liés soit à la nature des tâches (par exemple de soudure), soit à la nature du processus de production. La conscience de ces risques apparaît élevée chez les enquêtés (tableau 2). Elle a pu être favorisée par la reconnaissance institutionnelle de ces sites comme sites à risques industriels élevés (directives européennes Seveso), et d'un certain développement de l'information et de la prévention en matière de risques professionnels (avec, par exemple, la certification des entreprises sous-traitantes et de leur personnel depuis les années 1990).

D'octobre 2007 à mars 2008, 102 salariés masculins, relevant de 45 entreprises sous-traitantes implantées sur le territoire d'un service interprofessionnel de médecine du travail ont été

<sup>[7]</sup>

interrogés. Le questionnaire a été administré en face à face, à l'issue d'une visite médicale obligatoire, à tous les salariés volontaires. Ce questionnaire est inspiré de plusieurs enquêtes en santé au travail, dont *Sumer*, complété, notamment, par quelques informations sur le parcours professionnel et sur les relations perçues entre une série de problèmes de santé potentiels – une douzaine – et le travail. L'échantillon se singularise par un âge relativement jeune (37 ans en moyenne, 47 ans pour les agents de maîtrise, 37 ans pour les ouvriers et 32 ans pour les techniciens), un niveau élevé de qualification (peu de manœuvres et d'O.S., beaucoup de techniciens) et par le très faible nombre d'immigrés. Ces deux derniers indicateurs suggèrent que notre mode d'accès au monde de la sous-traitance, *via* les services de santé au travail, a conduit à sous-représenter sa composante la plus précaire. Reste que plus d'1 sur 4 est en emploi juridiquement précaire - il s'agit principalement d'ouvriers en intérim - et que 4 sur 10 ont vécu au moins 30 % de leur vie professionnelle en emploi précaire. Les principales familles de métiers des ouvriers ou des techniciens sont : « instrumentiste-analyseur-régleur »; « ajusteur-mécanicien »; « soudeur-chaudronnier-tuyauteur-monteur »; « chauffeur-conducteur d'engin-grutier ». Les agents de maîtrise sont des « chefs de chantier », des « chargés d'affaires-commerciaux ». Deux tiers des salariés déclarent connaître l'existence d'un syndicat ou d'un CHSCT dans l'entreprise dont relève leur établissement. Les employeurs sont donc souvent de taille importante. Cela ne signifie pas, loin de là, que les établissements locaux disposent de telles structures.

**Tableau 3- L'enquête « LEST » auprès de 102 travailleurs de la sous-traitance**

	Effectif	% moins de 35 ans	% en emploi instable	% ayant eu un parcours instable*
Ouvriers	56	46	45	55
Techniciens	16	12	6	0
Agents de maîtrise	30	63	13	30
Total	102	46	27	40

\* Plus du tiers de la vie professionnelle passée en emploi précaire : en intérim ou en contrat à durée déterminée.

De février à juin 2008, 19 des 102 salariés ont été revus en entretien semi-dirigé, la plupart à leur domicile : 11 ouvriers (dont 5 en emploi instable), 6 agents de maîtrise et 2 techniciens. Ils ont été choisis principalement parmi les plus de 40 ans, afin de disposer de parcours professionnels significatifs. Il s'agissait d'explorer le parcours familial, professionnel et de santé, les perspectives d'évolution professionnelle, le contenu de l'activité de travail et ses conditions, et les significations attribuées aux notions de « santé », de « travail », de « fatigue », de « stress ».

### 3- Une surexposition aux risques, reconnue... et sous-estimée

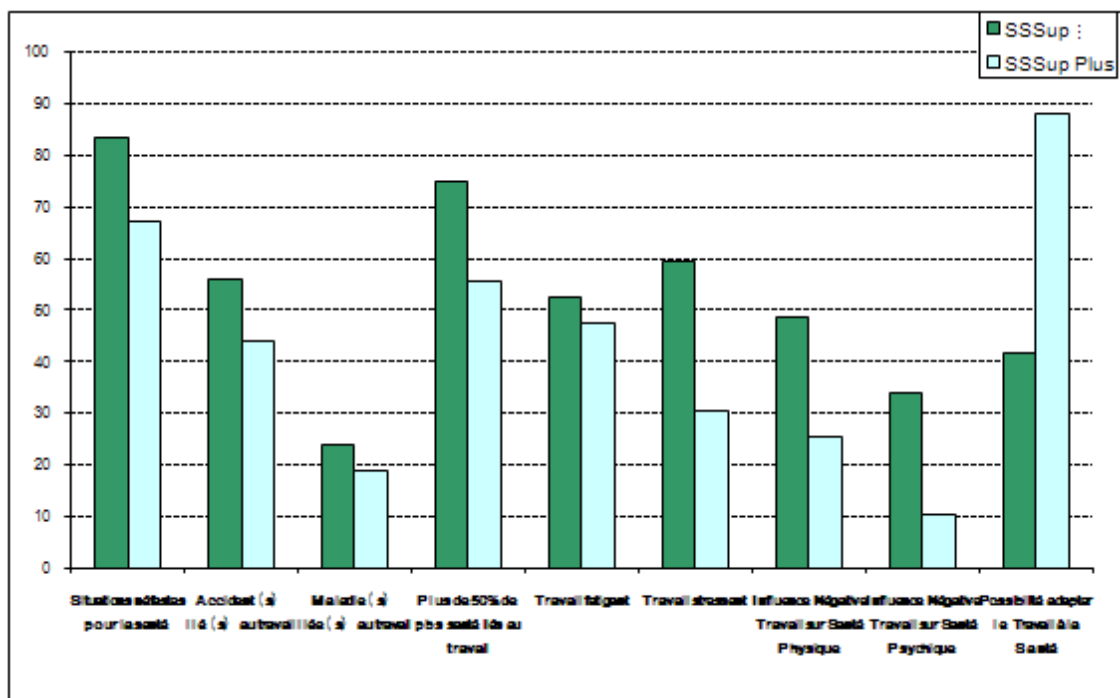
Notre enquête, conduite auprès d'une centaine de travailleurs de la sous-traitance pétrochimique et sidérurgique montre que, s'ils sont objectivement surexposés à l'instabilité de l'emploi - au sens de changements fréquents d'employeur - cette dernière est loin de toujours signifier pour eux une précarité de l'emploi - au sens de difficulté à trouver un autre emploi et d'exposition au chômage. On sait de longue date que la précarité est davantage liée à la faiblesse du contrôle exercé par les salariés sur leur mobilité ou sur leur stabilité professionnelle que sur cette mobilité ou cette stabilité en soi (Germe, 1981). L'enquête montre également que leur expérience et leur conscience des risques professionnels apparaissent très présentes, et nuancées par un certain sentiment de maîtrise de ces risques et par une évaluation fréquemment positive des liens entre travail et santé.

Leur expérience professionnelle, et dans une mesure moindre, leur situation d'emploi présente, est incontestablement marquée par une certaine précarité : près d'un sur trois a connu au moins un tiers de son parcours en statut d'emploi instable; un sur trois occupe actuellement un tel statut. Mais il ne sont pas plus nombreux à déclarer craindre pour leur emploi ou à déclarer qu'il leur serait difficile de trouver un autre emploi en cas de besoin. En particulier plusieurs intérimaires se déclarent confiants sur ces plans. Il faut y voir l'effet de deux phénomènes : une certaine banalisation de l'incertitude de l'emploi, et une certaine confiance dans leur position sur le marché du travail, confiance ancrée dans un parcours antérieur où la recherche d'emploi ne dure jamais très longtemps, la plupart étant bien inscrits dans des réseaux d'interconnaissance qui leur permettent de circuler d'un employeur à un autre, ou d'enchaîner les missions d'intérim sans trop d'interruption.

On retrouve le même décalage entre, d'un côté, les déclarations qui décrivent des conditions de travail difficiles et des expositions nombreuses aux risques professionnels, et, de l'autre, certaines perceptions relativement positives de ces deux dimensions.

Près de deux sur trois ont connu plusieurs sites de travail au cours de l'année écoulée; plus de la moitié disent devoir travailler vite, quatre sur dix avoir une quantité excessive de travail. Mais les deux tiers disent que leurs conditions de travail ne se sont pas détériorées ou se sont améliorées ces dernières années. Huit sur dix font des heures supplémentaires et un sur deux ne connaît pas ses horaires de travail au-delà du mois, mais les trois quarts jugent leurs horaires non contraignants. Ils sont très majoritaires à dire éprouver dans leur travail des sentiments de fierté, d'utilité et de reconnaissance. Les indicateurs de « soutien social » de la part de la hiérarchie ou des collègues, qui sont ceux du questionnaire de Karasek<sup>[8]</sup>, sont particulièrement favorables, ce qui témoigne de l'existence de formes d'entraide et de solidarité au sein des collectifs de travail. Or, on sait que la qualité des relations de travail est fortement associée à la qualité de la santé perçue et des liens perçus entre travail et santé, ce que confirme bien notre enquête, après d'autres. Ainsi, les salariés de la sous-traitance dans le nucléaire « semblent (...) construire des formes de résistance spécifiques aux contraintes professionnelles, notamment par le biais des solidarités dans le travail » (Doniol-Shaw, Huez et Sandret N, 1995) . Dans notre échantillon les trois quarts affirment « pouvoir adapter leur travail en accord avec les collègues » en cas de problème de santé, et bénéficier de la compréhension de leur supérieur pour des absences ponctuelles de courte durée. Et quand le « soutien social » apporté par le supérieur hiérarchique est plus élevé que la moyenne, les déclarations relatives aux pénibilités professionnelles ou aux problèmes de santé liés au travail sont toujours moins fréquentes (Figure 4).

*Figure 4- Soutien de la part du supérieur et liens perçus entre santé et travail*



**Tableau 4- Principales expositions professionnelles déclarées par les enquêtés (%)**

Poussières, substances chimiques	90
Risques d'accidents graves	88
Froid, chaleur, intempéries	88
Bruit excessif ou assourdissant	85
Longtemps debout	72
Signaux visuels ou sonores	54
Déplacements à pied longs et fréquents	52
Postures pénibles ou fatiguantes	52

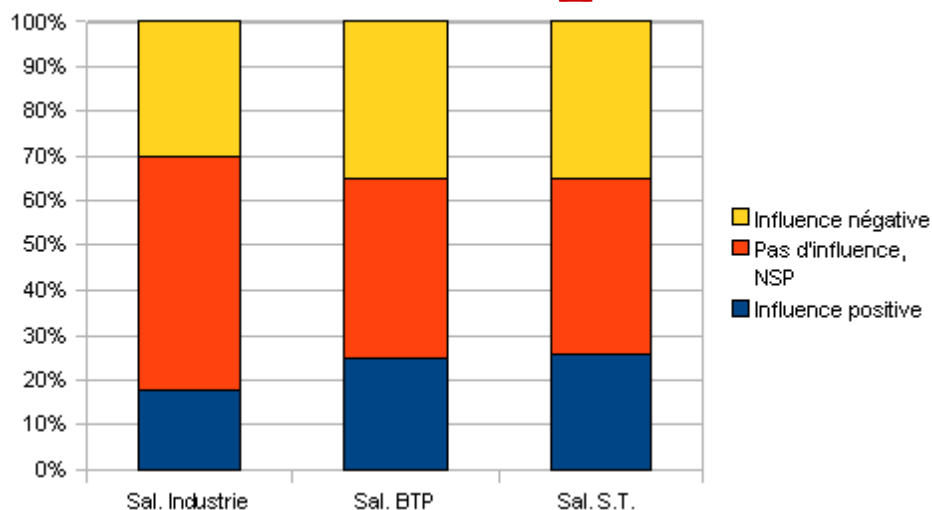
Avoir connu des situations professionnelles néfastes pour la santé, être conscient de pouvoir faire courir des risques à autrui sont aussi des sentiments très majoritaires. Mais sont aussi très souvent cités le fait d'avoir été formé aux risques et d'en avoir une bonne connaissance; et même, pour un sur quatre, le fait d'avoir refusé d'exécuter des travaux jugés trop dangereux.

On obtient donc l'image d'un monde professionnel dans lequel la santé est perçue comme étant à la fois exposée, et relativement maîtrisée, même si les entretiens nuancent ce dernier aspect : la formation aux risques se révèle être souvent limitée à la distribution de prospectus et aux mini-séances réglementaires d'information dues par les donneurs d'ordre à tout salarié intervenant sur ses installations; et déclarer dans le questionnaire « avoir une bonne connaissance des risques » s'accompagne d'une réserve fréquente - « on ne nous dit pas tout » - ce qui signifie qu'ils sont conscients qu'une partie des expositions effectives leur demeure inconnue.

Dernières indications du rapport ambivalent aux risques : le décalage entre leurs réponses à une question synthétique sur le lien qu'ils perçoivent actuellement entre leur travail et leur santé, et les réponses plus précises relatives à ce lien au cours de l'ensemble de leur expérience professionnelle. Plus de la moitié déclare percevoir une relation positive ou neutre entre leur état de santé et leur activité professionnelle. De ce point de vue ils ne se différencient guère d'autres

populations avec lesquelles on peut tenter de les comparer (salariés ouvriers, techniciens ou agents de maîtrise de secteurs industriels, ou de la construction).

**Figure 5 - Perception du lien travail santé : salariés de la sous-traitance, comparés à d'autres salariés [9]**



Sources : Enquête Sumer (exploitation originale) pour les salariés de l'industrie et du BTP, et enquête LEST pour les salariés de la sous-traitance pétrochimique.

Mais ils sont majoritaires pour affirmer qu'ils ont connu au moins un accident ou une maladie liée au travail, et très majoritaires à signaler au moins un événement ou problème de santé « provoqué ou aggravé » par le travail.

#### 4- Persistance d'idéologies défensives viriles

L'interprétation la plus courante des phénomènes de sous-estimation par les travailleurs des risques professionnels consiste à évoquer trois types de mécanismes : méconnaissance, naturalisation-banalisation, et déni-refoulement. Ils sont à distinguer.

La méconnaissance peut tenir au décalage entre les savoirs des travailleurs et les savoirs savants ou experts, à l'insuffisance de ces derniers, voire à leur non diffusion délibérée. On peut penser qu'elle affecte tout particulièrement les risques historiquement plus récents, comme les risques chimiques, bactériologiques et « psychosociaux ».

La naturalisation-banalisation et le déni-refoulement sont davantage intriqués, bien que la naturalisation-banalisation accède plus clairement à la conscience des salariés. L'enquête en fournit de nombreux exemples : « On sait bien que ce n'est pas bon pour la santé, mais il faut bien travailler »; « ce n'est pas bon pour la santé, mais cela fait partie du métier »; « ce n'est pas bon pour la santé, mais c'est tout l'environnement – ou tout le mode de vie – qui n'est pas bon pour la santé; « ce n'est pas bon pour la santé, je le verrai peut-être plus tard, mais pour l'instant je vais bien ». Une conscience diffuse des risques coexiste donc avec l'intériorisation de normes sociales qui les rendent tolérables, nous rappelant que le consentement pratique à une situation ne signifie pas nécessairement légitimité de cette dernière.

Ces deux mécanismes peuvent être pensés au travers de la notion de « stratégies défensives », avancée par la psychodynamique du travail (C. Dejours, 1980), stratégies mises en place par les collectifs et/ou les individus pour combattre la souffrance au travail générée par une organisation du travail qui fait violence au sujet.<sup>[10]</sup> Des stratégies de défense contre l'anxiété ont ainsi été étudiées dans des contextes professionnels proches du nôtre - les chantiers de construction, l'industrie chimique - le monde de la sous-traitance dans l'industrie lourde cumulant d'ailleurs

des caractéristiques de dangerosité propres à ces deux activités : il s'agit souvent de *chantiers* de maintenance sur des installations présentant des *risques* chimiques, notamment *d'explosion*. Enfin, ces stratégies défensives reposent sur une clinique masculine, avec la mise au jour du rôle propre de virilité dans le déni de la souffrance et du danger (Molinier, 2000).

Si notre méthode d'enquête donne peu à voir des idéologies défensives qui seraient propres à tel ou tel métier particulier, elle enregistre bien la persistance des idéologies défensives fondées sur la virilité. On peut en donner une illustration, avec deux soudeurs intérimaires connaissant des problèmes de santé d'origine professionnelle, mais développant un discours tendant à minorer considérablement ces derniers (encadré page suivante). Dans leurs réponses au questionnaire ils attribuent à leur travail une influence positive ou neutre sur leur santé. Et dans les entretiens ils mettent en avant une excellente santé. Jean, 57 ans, pourtant victime de l'amiante, évalue à 9/10 sa santé, expliquant, avec une formule que ne renierait pas G. Canguilhem (1984), « parce que je me sens capable de faire tout ce que j'ai envie de faire ».<sup>[11]</sup> Gérard, 42 ans, atteint de la « maladie du carreleur »<sup>[12]</sup>, évoque quant à lui plusieurs ennuis de santé, qui l'amènent à ne l'évaluer qu'à 7/10, mais qui sont minimisés, et dont il est hors de question qu'ils portent atteinte à ses capacités à travailler.

Chez les deux on retrouve la valorisation ouvrière et virile de l'effort : Gérard, à bientôt 50 ans, est préoccupé par le souci de « ne pas passer pour un tire au flanc » auprès de ses collègues plus jeunes; et Jean se définit comme un « bosseur » qui déteste tomber malade et se sentir « encombrant ». Dans les deux cas, on note que la fierté virile ne se manifeste pas seulement dans le domaine de l'effort travail, mais aussi dans la valorisation de leur rôle de compagnon et/ou de père de famille. Chez Gérard, c'est la fierté d'avoir permis au ménage de tenir malgré les graves difficultés personnelles de sa femme et de sortir d'un long épisode de précarisation sociale. Chez Jean, père divorcé, c'est mettre un point d'honneur à pouvoir verser une « grosse pension alimentaire » pour ses trois enfants. On reviendra plus bas, à propos des effets de sélection de ces travailleurs, sur le rôle de la stabilité familiale dans la capacité à « tenir » dans le monde professionnel de la sous-traitance. Mais dans les deux cas, et pour rester dans le domaine professionnel, la virilité ne conduit pas unilatéralement à valoriser l'effort au travail et l'exposition aux risques. La fierté est aussi alimentée par l'exercice de la compétence professionnelle, qui est aussi compétence à ne pas se mettre en danger ni mettre en danger ses collègues. C'est savoir, par exemple, refuser des missions d'intérim sur des installations que l'on ne connaît pas. De ce point de vue il conviendrait de mieux distinguer, comme le fait P. Molinier, « virilité défensive » et « masculinité créatrice », cette dernière offrant une autre issue à la peur, celle du sentiment du travail bien fait et utile<sup>[13]</sup>, au travers de la médiation centrale du « jugement de beauté » proféré au sein de la communauté des pairs.

Mais, même dans ces deux cas, pénibilités et dangers ne sont pas unilatéralement valorisés. L'expérience sociale de ces salariés les informe de la faible distance qui sépare, dans la manière d'affronter le danger et le risque, apprivoisement nécessaire de la peur pour pouvoir travailler et mise en danger de soi et des autres par imprudence. Et il faut d'autres ressorts pour le développement d'une implication positive au travail - intérêt et variété des tâches, développement des savoirs, qualité des relations, reconnaissance - et par-dessus tout peut-être, une progression professionnelle et/ou l'espoir d'une évolution permettant de s'éloigner des postes les plus pénibles et/ou risqués. Ce qui peut alors prendre le relais, c'est leur valorisation rétrospective, quand on les a quittés : l'usure du corps est alors plus facilement admise, elle signifie qu'on a beaucoup donné et que l'on est digne d'une situation de travail moins pénible, ou d'une retraite proche et méritée.

## Jean et Gérard : le déni viril des atteintes professionnelles à la santé

« Je me sens capable de tout faire, donc pour moi je suis en bonne santé ». « Tout faire », pour Jean, c'est certes continuer à aller au travail malgré sa fatigue, due selon lui d'abord à l'âge, et malgré la difficulté de devoir accepter, sous la pression amicale de ses collègues plus jeunes, que ce n'est pas être « tire au flanc » que de ne plus pouvoir faire tout ce qu'il faisait avant. C'est arriver sur le site de bonne humeur, sans y amener ses soucis privés. Mais c'est aussi avoir des loisirs qui le passionnent, comme le modélisme. Ce rapport positif au travail et à la santé peut surprendre chez un salarié qui n'a connu aucune promotion professionnelle apparente. Ce serait sous-estimer combien les motifs de fierté et d'estime de soi s'appuient chez lui sur un récit épique des épreuves desquelles la solidarité de son couple et sa propre détermination ont su triompher. Il a été capable d'écarter le risque d'un déclassement social auquel le ménage a été exposé : une conjointe à la santé très fragile, des conflits avec certains des enfants, et des épisodes de licenciements se sont conjugués pour conduire le couple à vivre en caravane de longues années. Travailler en intérim depuis quinze ans n'a pas été, initialement, un choix : c'est son employeur, en sous-activité qui l'y a poussé. Mais depuis, il apprécie de pouvoir négocier régulièrement son salaire horaire et se considère mieux payé qu'en « fixe ». En fait, il est mis à disposition de manière continue à un seul employeur, et principalement sur un seul site. Il en connaît donc bien les installations et les dangers. Il ne se sent aucunement précaire. Son principal souci est le moment et le niveau de son passage à la retraite. Il pense, comme la plupart de ses collègues, que les conditions de travail – encore difficiles, mais qu'il prend soin de distinguer du « travail en lui-même » – et de la sécurité au travail se sont sensiblement améliorées ces dernières années.

« Je suis un bosseur » : ainsi se définit Gérard. Un « bosseur » qui déteste tomber malade, et se sentir alors « encombrant ». Et qui refuse avec véhémence d'attribuer une cause professionnelle, même partielle, à la principale maladie dont il souffre et qui l'inquiète beaucoup pour son avenir, une allergie dermatologique. Et quand son médecin l'attribue à son « stress », il n'accepte que de reconnaître qu'il est « nerveux » et « ne sait pas tenir en place ». Car chez lui la santé ne devient un problème que lorsqu'elle met en cause sa capacité à travailler. Il cache sa maladie au médecin du travail. L'invalidité est une hantise, car elle signifierait perdre non seulement son statut de travailleur, mais du même coup celui de père de famille. Divorcé, Gérard met un point d'honneur à verser régulièrement une « grosse pension ». La seule atteinte à sa santé reconnue par lui comme d'origine professionnelle – la « maladie du carreleur » – d'une part est imputée au passé, d'autre part reste négociable dans son activité. Et toutes ses autres difficultés de santé sont naturalisées, minorées, banalisées, ou déniées, dans la mesure où elles n'interdisent pas la valorisation de sa force de travail. Il présente une version maîtrisée de son long parcours dans l'instabilité d'emploi. Un peu comme chez Jean, les épisodes professionnels les plus difficiles sont héroïsés. Telles ces quelques années en « grand déplacement », loin de sa famille : il y travaille jusqu'à 60 heures par semaine, moyen de ne pas être tenté par les sorties, le jeu, les dépenses pour ne pas priver la famille de l'argent dont elle a besoin. Mêmes propos enfin chez Gérard que chez Jean sur l'intérim - librement choisi et plus valorisant qu'en « fixe », d'autant plus qu'il n'accepte que des missions de longue durée permettant de connaître les installations - et sur la sécurité, dont il pense qu'elle s'est améliorée.

---

## 5- Autres mécanismes de relativisation des risques professionnels

L'explication de la relativisation des risques professionnels chez les travailleurs par la persistance de l'idéologie virile rencontre donc des limites. En restant dans la perspective développée plus tard par C. Dejours (1988; 1995), le travail n'est pas qu'un facteur pathogène, c'est aussi un opérateur de santé, *via* la construction du plaisir au travail et le rôle qu'y joue la reconnaissance par les supérieurs et par les pairs : les stratégies défensives elles-mêmes peuvent participer de la protection de la santé, vue comme un état d'équilibre. Mais on peut aller plus loin, en suivant cette fois la perspective de la clinique de l'activité (Clot, 1995; 1999; 2008). Il s'agit alors de bien prendre en compte l'objet de l'activité réelle, sa difficulté, comme composante d'une maîtrise des risques d'un métier, d'un « genre professionnel », d'une professionnalité; le sens de l'emploi et du travail comme activité vitale pour les sujets humains, activité d'autant plus précieuse qu'on a pu en être écarté ou qu'on risque de l'être. On ajoutera enfin l'attention portée par le regard sociologique sur le rôle de parcours promotionnels et des espérances d'évolution professionnelle, et sur le rôle d'effets de sélection non seulement par la santé, mais par des dispositifs d'intégration sociale, à la fois ressources et contraintes pour « tenir » dans un univers professionnel particulièrement exigeant.

Après d'autres, on a pu objectiver le rôle des pairs et des collègues dans la construction de la santé et d'une relation positive travail-santé à l'aide du questionnaire de Karasek. Notre enquête recueille en particulier de multiples témoignages du rôle clef du chef d'équipe ou de l'agent de maîtrise comme médiateur de la santé au travail. Ce rôle est sans doute plus marqué dans le monde des chantiers de sous-traitance que dans une organisation industrielle classique. Tel ouvrier refuse d'obéir à un contremaître de l'entreprise donneur d'ordre pour effectuer une tâche jugée par lui dangereuse, et se tourne vers son chef d'équipe pour lui demander son soutien.

Tel agent de maîtrise, ancien « plongeur sous azote »<sup>[14]</sup>, en tant que tel averti de l'extrême pénibilité-dangereuse de ce métier, dit veiller scrupuleusement jour et nuit, téléphone portable allumé, sur la sécurité au travail de ses ouvriers qu'il dénomme affectueusement ses « petits canards ». Et il n'hésite pas à s'opposer aux exigences du donneur d'ordre en matière de délais et de rythme de travail quand il estime que les limites de la sécurité sont atteintes.<sup>[15]</sup> Plusieurs agents de maîtrise nous expliquent ainsi comment une part essentielle de leur compétence de gestionnaire de la relation avec le donneur d'ordre consiste à arbitrer entre contraintes de coûts et de délais et maîtrise des risques professionnels.

Sans nier le rôle de la reconnaissance intersubjective dans la construction de la santé au travail – et donc dans une perception positive d'un lien entre travail et santé, non réductible au déni d'influences délétères – il convient d'insister sur l'importance de la possibilité ou non de se reconnaître dans le travail lui-même. Pouvoir éprouver un sentiment de fierté et d'utilité, avoir le sentiment de faire un travail de qualité sont des représentations fortement associées à une vision positive de sa santé et des relations entre travail et santé : après bien d'autres notre enquête le montre. Derrière la qualité des relations interpersonnelles au travail se joue la qualité du traitement des désaccords et conflits inévitables sur ce qu'il convient de faire, sur ce qu'est un travail de qualité : au-delà du « rapport à autrui », ce sont « les objets enjeux du conflit (machines, clients, plannings, procédures) » qu'il faut interroger (Davezies, 2008). De plus, on sait maintenant combien il est compliqué d'expliquer par la parole ce que l'on fait au cours de l'activité de travail, que cela exige des méthodes originales permettant de ne pas réduire le sens du travail à la parole des salariés sur leur travail. Si faire avec et malgré le risque et le danger fait partie du métier, il est sans doute fort difficile de l'expliquer à l'extérieur de la communauté du métier, et le discours viril offre alors un genre de discours plus facile à utiliser.<sup>[16]</sup> Nos entretiens comportent cependant quelques matériaux qui orientent vers cet au-delà des mises en forme viriles. Ce mélange de banalisation et de maîtrise professionnelle et collective du danger, c'est

sans doute ce que cherche à formuler ce soudeur intérimaire, en disant : « Les risques, on s'y habitue, ça devient normal, c'est dans le mouvement du travail, c'est le métier. » Car ce « mouvement du travail » n'évoque-t-il pas la dynamique collective de l'activité dans laquelle l'action individuelle est prise, dynamique à la fois sécurisée et comportant des risques, à la fois connus et devinés, dont on espère en tous cas qu'ils restent raisonnables?

Ces salariés prennent souvent soin de distinguer leurs « conditions de travail » - généralement pour les critiquer - du « travail », désignant par ce dernier terme leur métier ou leur activité en ce qu'ils ont du sens et sont facteurs de santé à leurs yeux. Cet attachement au *travail*, comme domaine central d'expression de l'identité sociale, qui va de soi chez ces travailleurs masculins, certains ont eu plus que d'autres l'occasion d'en prendre la mesure, lors d'épisodes de chômage ou de maladie.<sup>[17]</sup> Tel cet agent de maîtrise ayant connu un accident cardiaque qui l'a immobilisé au domicile pendant 10 mois il y a quelques années, à l'âge de 50 ans. Il a refusé la prolongation de son arrêt maladie et écarté farouchement la perspective d'une mise en invalidité : « Je me languissais à la maison, j'ai fait le forcing pour reprendre le travail, je m'ennuyais, avoir une activité me permet d'être bien dans ma tête... Alors j'ai repris le boulot, j'étais interdit de site, mais j'y allais quand même ». On peut donc penser que certaines des évaluations négatives du travail et de ses effets sur la santé « trahissent » - manifestent de manière « inversée » - des évaluations positives d'une activité dont les effets bénéfiques espérés et recherchés sont refusés et contredits par les conditions dans lesquelles ont est amené à la réaliser. Ou encore que des évaluations globalement positives du travail et de ses effets sur la santé traduisent non pas l'ignorance des effets négatifs des conditions de travail sur la santé, mais une grande valorisation du rôle de l'activité comme opérateur de santé.

« La santé, c'est quand il y a de l'espoir ». On reprendra volontiers cette idée en insistant pour terminer sur l'importance de la carrière dans la construction des perceptions du lien travail-santé. Si ces dernières sont nettement plus positives chez les agents de maîtrise, ou chez certains ouvriers qui ont également connu des parcours sociaux ascendants, ce n'est pas seulement parce que leurs trajectoires professionnelles leur ont objectivement permis de s'écarter de conditions de travail plus difficiles. N'est-ce pas également parce que cette « normativité » dont parle G. Canguilhem (1984) - ce qui caractérise la santé c'est « cette possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles » - ne se joue pas seulement dans un milieu de vie « ici et maintenant », mais dans la dynamique d'un parcours de vie?<sup>[18]</sup>

Ces effets de parcours sont indissociables des effets de sélection par la santé, dont on sait qu'ils affectent en particulier les travailleurs surexposés à l'instabilité de l'emploi. Ces travailleurs seraient objectivement en meilleure santé, comparés à la fois aux salariés stables et à ceux qui demeurent longtemps au chômage : ils passent plus souvent par les procédures de sélection à l'embauche, qui plus est pour réaliser des tâches généralement plus pénibles et dangereuses que celles réservées aux salariés stables. Se superposent à ce phénomène de sélection par la santé « objective » les phénomènes déjà évoqués qui tendent soit à abaisser le niveau d'exigence des individus en matière de conditions de travail et d'exposition aux risques lorsqu'ils sont plus que d'autres exposés au risque de chômage, soit même à marchander ces conditions en ce qui a trait à la rémunération. Enfin la sélection par la santé n'est très probablement que l'une des facettes d'une sélection par les modes de vie et le type d'intégration sociale : on en a un indice très net dans notre échantillon quand on sait que la quasi-totalité des plus de 40 ans sont pères de famille et presque tous en couple.<sup>[19]</sup> Tout se passe donc comme si une bonne stabilité familiale était nécessaire pour « tenir » et/ou « être tenu » dans ce monde social particulièrement exigeant et éprouvant de la sous-traitance.

## CONCLUSION

Le développement de la sous-traitance fait partie des transformations productives tendant à fragiliser la santé au travail. Il s'agit d'un processus d'externalisation par les grandes firmes des activités les plus pénibles et/ou risquées, confiées par ailleurs à une main-d'œuvre affaiblie dans ses capacités à faire face à cette surexposition aux pénibilités et aux risques professionnels. Il s'agit, en tendance, d'une division sociale des risques qui fait supporter aux travailleurs de la sous-traitance une part nettement plus grande des risques que celle supportée par les salariés « organiques ». Une des dimensions de ces processus d'affaiblissement, qui font du monde de la sous-traitance une zone obscure et pourtant majeure de la santé et de la sécurité au travail, est l'invisibilisation partielle des risques professionnels dans la conscience des travailleurs concernés. La persistance, par ailleurs indéniable, de stratégies défensives basées sur la virilité et le métier, apparaît n'être que l'un de nombreux mécanismes en cause dans la construction de la perception des liens entre la santé et le travail.

Certains viennent également obscurcir la conscience des risques ou alimenter l'acceptation contrainte des dangers. D'autres viennent, à l'inverse, nourrir cette conscience. D'autres enfin contredisent les effets délétères du travail pour le constituer comme opérateur de santé. L'héritage de la virilité en milieu ouvrier y apparaît finalement puissamment nuancé ou contredit. Rappelons que les ouvriers forment le groupe social où l'imputation au travail des ennuis de santé est la plus fréquente, et d'autant plus fréquente qu'ils sont peu qualifiés. Précisons également que des campagnes d'information et des dispositifs de prévention des risques industriels et professionnels sont intervenus sur les sites étudiés au cours des quinze dernières années, qui ont pu favoriser la prise de conscience des liens santé-travail. Quant aux cultures de métier, on a pris la mesure de leur ambivalence. La frontière est mince en leur sein entre ce qui tend à y banaliser ou à y naturaliser les risques comme « risques du métier », et ce qui, dans un ensemble de savoirs tacites, bien plus complexes à verbaliser à l'extérieur du groupe que la fierté virile, permet effectivement de maîtriser le danger. Ajoutons que ces cultures sont certainement en recul, avec l'élévation du niveau de formation dans les nouvelles générations et les transformations générales du travail, mobilisant davantage des savoirs abstraits.

Le fait que la possession d'un métier ou d'une qualification soit associée à une mise en avant plus fréquente du travail comme facteur de santé ne saurait donc être réduit à des effets de méconnaissance, de banalisation ou de déni de ses implications délétères. C'est aussi que les conditions qui permettent à l'activité de jouer un rôle d'opérateur de santé sont alors plus souvent réunies : pouvoir se reconnaître dans son travail et son utilité sociale, y être reconnu et soutenu par les pairs et par les figures de l'autorité professionnelle; pouvoir y évoluer vers des activités plus complexes et mieux reconnues matériellement et socialement. Autant de conditions dont la réunion est généralement d'autant plus probable que la situation du travailleur s'éloigne de la précarité ou de l'insécurité professionnelle, entendues comme affaiblissement de la capacité à contrôler son existence.

Notre enquête, bien qu'elle saisisse mal la fraction la plus précaire du salariat de la sous-traitance, enregistre en même temps la puissance d'effets de sélection par la santé et la stabilité familiale d'une population plus exposée que d'autres à l'instabilité et aux pénibilités professionnelles, et mal couverte par les dispositifs de prévention de la santé au travail. Ces effets ne fragilisent pas nos résultats, mais il convient de les prendre soigneusement en compte pour en préciser la portée. Rappelons que le premier facteur, et de loin, jouant sur la perception des liens travail-santé est l'état de santé tel qu'il est perçu par les travailleurs : sachant que ceux que nous avons rencontrés sont très probablement en meilleure santé que la masse des travailleurs qui transitent dans ce type d'activité, on comprend mieux qu'ils tendent plus souvent que ce que l'on pouvait attendre à atténuer subjectivement la perception des implications délétères du travail. Il conviendrait donc de prolonger cette recherche en interrogeant ceux qui

ont été - ou se sont - écartés de ce monde professionnel de la sous-traitance. Certains ont pu cheminer vers des emplois plus stables et des tâches moins exposées, éventuellement selon une logique d'accès à des situations moins éprouvantes par suite d'ennuis de santé. D'autres ont pu, à l'inverse, évoluer vers le chômage ou une plus grande précarité sociale, ces parcours de fragilisation pouvant comporter une composante de santé.

Progresser dans l'étude des liens entre santé et travail implique donc de mieux prendre en compte, aux côtés du modèle le plus courant de causalité – incidences pathogènes du travail en partie invisibilisées socialement – la manière dont l'activité professionnelle peut aussi construire la santé, et la manière dont elle révèle une santé qui se construit aussi ailleurs.

## BIBLIOGRAPHIE

Arnaudo B. Magaud-Camus I., Sandret N., Coutrot T., Flourey M.-C., Guignon N., Hamon-Cholet S., Waltisperger D. (2004) , « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », *Premières Synthèses*, n° 52-1, décembre, Dares.

Bouffartigue P., Bérout S. (2009). *Quand le travail se précarise, quelles résistances collectives ?* La Dispute.

Bouffartigue P., Bouteiller J., Pendaries J.-R. (2010). La perception des liens travail-santé. Le rôle des normes de genre et de professions , *Revue Française de sociologie*, n° 2, (à paraître).

Canguilhem G. (1984). *Le normal et le pathologique*. PUF.

Clot. Y (1995). *Le travail sans l'homme ? Psychologie des milieux de travail et de vie*. La Découverte. SS

Clot Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*, PUF.

Clot Y. (2008). *Travail et puissance d'agir*, PUF.

Conseil économique et social (1994). *Rapport présenté par Marcel FABRE, Les accidents du travail et les maladies professionnelles : analyse et prévention*. J.O.C.E.S. du 26 mars.

Davezies (2008). Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. N° 69. pp 195-203.

Dejours C. (1980). *Travail et usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Le Centurion.

Dejours C. Dir. (1988), *Plaisir et souffrance dans le travail*. AOCIP.

Dejours C. (1995), Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? . *Le travail humain*, 58, pp 1-16.

Doniol-Shaw G., Huez D. Sandret N. (1995). *Les intermittents du nucléaire. Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires*. Octarès.

Doniol-Shaw G., Huez D. Sandret N. (2001). *Les maux de la sous-traitance : enquête STED 1993-1998-Suivi sur 5 ans des salariés de la sous-traitance nucléaire*. Octarès.

Fantoni-Quinton S., Douay S., et Frimat P. (2004). « Suivi médical des salariés intérimaires : pratiques et réflexions », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*. Vol. 65, n° 4, p.349-357.

- Garnier J. (2001). *L'évolution du complexe industriel Fos/Lavéra/Etang de Berre. Re-compositions et re-territorisations industrielles en Provence*. LEST-CNRS, septembre.
- Hancy J.-P. (2003). Intervention extérieure sur un site industriel et accidents du travail. Etude comparative des accidents survenus aux de différentes catégories de travailleurs sur un même site. *Travail et Emploi*, n° 18, pp. 71-88.
- Héry (2002). « Besoins de recherché en santé au travail pour les travailleurs des entreprises de sous-traitance interne ». *Pistes*, Vol 4, n° 1. <<http://www.pistes.uqam.ca/v4n1/articles/v4n1a1.htm>>
- Héry M. (2004). « Sous-traitance in terne et santé au travail ». Congrès *Hommes et organisations: la santé au cœur des enjeux de l'entreprise. Session thématique XII, Santé au travail, TMS, prévention et insertion*, Nancy-Metz-Mondorf-les-Bains, 22-24 novembre.
- Hery M. (2009). *La sous-traitance interne*. EDP Sciences, mai 2009.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quaterly*, 24, 285-208.
- Molinier P. (2000). virilité défensive, masculinité créatrice ». *Travail, Genre et Société*, n° 3.
- Perraudin C., Thévenot N., Valentin J. (2006). *Sous traiter ou embaucher ? Une analyse empirique des comportements de substitution des entreprises de l'industrie française entre 1984 et 2003*. Centre d'Etudes de l'Emploi, Document de travail, n°78, décembre.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2), 335-414.
- Rouxel C. (2009). « conditions de travail et précarité de l'emploi ». *Premières Synthèses, Dares*, n° 28.2, juillet.
- Roy D., J.P. Briand et J.M. Chapoulie trad. (2008). *Un sociologue à l'usine*. La Découverte.
- Thebaud-Mony A. (2001). *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*. EDK Editions.
- Thevenot N., Valentin J. (2005). « La sous-traitance comme alternative au contrat de travail : une évaluation empirique pour la France, 1984-2000 ». *Economie appliquée*, n° 3, p. 51-79.
- Volkoff S., Molinié A.-F. (2008), « Les études statistiques en santé au travail : ressources et pièges », Santé au travail. Quels nouveaux chantiers pour les sciences humaines et sociales ?, *Cahiers Risques Collectifs et Situations de Crise*, n° 9, MSH-Alpes, Grenoble, juin, p. 95-114.

---

[1] Ces travailleurs de la sous-traitance ayant été enquêtés en même temps qu'un groupe féminin, des soignantes hospitalières, c'est d'abord relativement aux perceptions de ces dernières, particulièrement critiques au contraire, que cette réflexion a débuté. Cf. Bouffartigue, Pendariès, Bouteiller et coll., 2009.

[2] Parmi les quatre catégories distinguées dans l'étude, seuls les « CDI fragilisés » - à la différence des « contrats courts », des « intérimaires », et des « CDI en sous-emploi » -

déclarent davantage de pénibilités physiques et d'expositions aux risques professionnels que les salariés en emploi stable. Et les intérimaires se singularisent par un bon soutien de la part de la hiérarchie.

[3] Tant du point de vue de la nature et de la complexité des opérations concernées que de la taille et du statut économique des firmes sous-traitantes, et in fine, du degré de précarité du lien contractuel.

[4] Ainsi, dans le cas des intérimaires, les données médicales sur le travailleur sont dispersées entre le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice et celui de l'entreprise de travail temporaire, et l'absence de maîtrise de ce dernier sur les conditions de travail de l'intérimaire limite sa capacité à définir « l'aptitude » (Fantoni-Quinton, Douay et Frimat, 2002).

[5] Mise sur pied par la Direction des relations du travail et la Dares afin de dresser une cartographie des risques professionnels des salariés, cette enquête bénéficie du concours de médecins du travail. 49 984 salariés, soit un échantillon représentatif des actifs salariés occupés, ont répondu au questionnaire qu'ils administrent, dont 24 486 à un « auto-questionnaire » complémentaire. Le premier renseigne l'organisation du travail, les risques physiques, chimiques et bactériologiques. Le second la perception du lien travail-santé, ainsi que les risques « psychosociaux », au travers du questionnaire de Karasek. Ce dernier aborde, au travers de 26 questions, trois dimensions du travail : « charge psychologique », « latitude décisionnelle », « soutien social ». Pour une vue d'ensemble sur les évolutions des risques et pénibilités depuis la première enquête *Sumer* (1994), voir Arnaudo et coll. 2004.

[6] La relation de sous-traitance éventuelle dans laquelle se situe l'activité d'un établissement employeur ne fait pas partie des caractéristiques de base enregistrées par les enquêtes, encore moins s'agissant des enquêtes auprès des salariés. La branche d'activité d'un établissement ne permet pas plus d'approcher la réalité de la sous-traitance : sur un site pétrochimique, les entreprises de la sous-traitance peuvent être enregistrées dans des branches très diverses.

[7] Les grandes entreprises disposant de leur propre service « autonome » de médecine du travail, les services interprofessionnels accueillent des salariés d'établissements de PME et TPE, dont des entreprises de travail temporaire. Les intérimaires bénéficient en principe d'un suivi médical spécifique, dans certains cas plus fréquent que la norme.

[8] Cf. note 2 sur l'enquête *Sumer*, qui utilise également ce questionnaire.

[9] Cette comparaison des deux enquêtes est purement indicative. Notre échantillon est de taille infrastatistique et la question sur l'influence du travail sur la santé n'est pas formulée de manière identique dans les deux cas. Dans *Sumer* : « Pensez-vous que votre travail influence votre santé? » - « Non, mon travail n'influence pas ma santé. - Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé. - Non, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ». Dans notre questionnaire sont distinguées santé physique et santé psychique, et, aux réponses « non », s'ajoutent des « ne se prononce pas » (cumulées dans le graphique). Dans le graphe ci-dessus pour les salariés de la sous-traitance, on s'en tient aux réponses sur la « santé physique ». Notons que leurs réponses sur l'influence du travail sur leur santé psychique sont nettement plus positives que sur leur santé physique.

[10] Pour une part, les observations de C. Dejours convergent avec celles de toute une tradition de la sociologie du travail qui, depuis les travaux pionniers de Donald Roy, mettent en évidence les conduites de défi dans le rapport au travail des ouvriers.

[11] Dans les entretiens, la notion de santé oscille entre deux pôles : celui-ci, la santé comme « capacité à », et la santé comme « état » (proche de « absence de maladie »), cette dernière étant plus influencée par la norme médicale.

[12] Tableau 57 des maladies professionnelles : lésion du ménisque due au travail en position agenouillée.

[13] Ils disent très majoritairement éprouver dans le travail « la fierté du travail bien fait » (92 %), le « sentiment de faire quelque chose utile aux autres » (74 %) et, dans une moindre mesure, le sentiment d'être reconnu (66 %).

[14] Travail en scaphandre dans les tours de catalyseurs pour les entretenir et y renouveler les produits actifs, opérations réputées comme particulièrement pénibles et dangereuses.

[15] Cet agent de maîtrise signale un niveau de stress assez élevé dans le questionnaire. Or, l'entretien montre qu'une part essentielle de ce stress est liée aux risques d'accident grave (mortel) que courent les salariés dont il est responsable. C'est donc un stress de type particulier, le « stress du responsable d'une situation à risques », qui est à distinguer du « stress de l'affrontement personnel au risque » que vivent ses salariés. On voit ici la dimension collective que peut prendre le rapport travail-santé : la pénibilité psychique qui empêche souvent cet agent de maîtrise de dormir la nuit est liée aux risques physiques courus par ses subordonnés. Alors que les données statistiques, comme nos modèles d'analyse, tendent à individualiser les enjeux de santé au travail, ces enjeux « circulent » au sein de l'équipe, « entité pertinente » pour certains de ces enjeux.

[16] Nous remercions Yves Clot pour avoir attiré notre attention sur ce point.

[17] À la différence de nombreuses femmes pour qui il s'agit encore d'une conquête historique, et qui vont souvent exprimer le même attachement au terme d'une expérience de congé maternité ou d'interruption d'activité professionnelle consacrée au foyer (Bouffartigue, Pendarès, Bouteiller et coll., 2009).

[18] Rejoignant ici une remarque de C. Dejours : « Ce n'est pas tant l'importance des contraintes mentales ou psychiques du travail qui font apparaître la souffrance (...) que l'impossibilité de toute évolution vers son allègement » (1980, p. 51).

[19] L'enquête sur la sous-traitance dans l'industrie nucléaire, qui porte sur une population plus jeune que la nôtre (âgée de 34 ans en moyenne), note une fragilisation psychique liée au nomadisme et aux contraintes temporelles, qui détériorent la qualité de la vie familiale. Les auteurs s'interrogent sur l'impact à terme des effets de sélection par ce biais, selon eux probablement déjà en cours (Doniol-Shaw G., Huez D., Sandret N. (1995).

