CENTRE D'ÉTUDES DE L'EMPLOI

65

Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalités face aux événements de santé

Septembre 2011

Armelle Testenoire, Danièle Trancart

Rapport de recherche

RAPPORT DE RECHERCHE

Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalités face aux événements de santé

ARMELLE TESTENOIRE
Université de Rouen

DANIELE TRANCART
Centre d'études de l'emploi

Avec la collaboration de :
Céline Khaldi,
Jeanne Liévaut,
François Féliu

Septembre 2011 N° 65

Directeur de publication : Alberto Lopez

ISSN 1629-5684
ISBN 978-2-11-128136-3

www.cee-recherche.fr

Parcours professionnels, ruptures et transitions
Inégalités face aux événements de santé

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'une recherche réalisée entre 2008 et 2010 dans le cadre de l'appel d'offre « Santé et Itinéraires Professionnels » (SIP) de la Dares et la Drees.

En s'appuyant sur la définition de la santé comme une capacité physique et psychique d'agir dans le contexte social habituel, notre objet est d'analyser de quelle manière la santé contribue à la différenciation des parcours professionnels. Nous nous intéressons aux liens entre les incidents de santé relatés par les enquêtés et leurs trajectoires professionnelles ainsi qu'aux ressources inégales qu'ils ont pu mobiliser. Cette recherche est centrée sur les hommes et femmes d'âge actif de 40 à 54 ans en se référant au questionnement rétrospectif mené à la fois par l'enquête SIP et par une post-enquête complémentaire. La post-enquête a eu pour objet de cerner de manière dynamique les relations entre la santé et le travail à l'articulation de trois trajectoires : de travail, de santé et de vie familiale. L'analyse porte sur les processus de recomposition de l'action lorsque la santé est altérée.

UNIVERSITÉ DE ROUEN

GRIS

Sommaire

INTRODUCTION 7

1. La santé, un objet complexe 7

2. L'objet de la recherche 8

3. L'exploitation statistique 9

4. La post-enquête : quelques réflexions méthodologiques 10

4.1. Le moment de l'enquête 10
4.2. L'expression de la plainte 11
4.3. Construction de l'échantillon 12

Chapitre 1 – LES INÉGALITÉS DE SANTÉ 15

1. Des inégalités qui perdurent 15

2. Les incidents de santé dans l'enquête SIP 16

2.1. Nombre de problèmes de santé 16
2.2. Les conséquences des problèmes de santé 17
2.3. Les problèmes de santé selon l'âge 17
2.4. Les problèmes de santé selon le diplôme 18
2.5. Les problèmes de santé par sexe 19
2.6. Les accidents 19
2.7. Les handicaps 20
2.8. Santé actuelle (mini-module européen) et incidents de santé déclarés 23

3. Incidents de santé et trajectoires professionnelles des personnes âgées de 40 à 54 ans 25

3.1. Nombre d'incidents de santé et santé actuelle 25
3.2. Trajectoires professionnelles des 40-55 ans 27
3.3. Synthèse des principaux risques individuels et professionnels sur la santé 32

Chapitre 2 – LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ ET LEUR IMPACT 37

1. La sociologie des parcours de vie 37

2. Une hétérogénéité temporelle 38

3. Les événements de santé 38

4. Des « moments fatidiques » 40

4.1. Les maladies 41
4.2. Le cas particulier des violences psychologiques 43

5. Ressources et modalités d'action 44

5.1. Des modalités d'action mouvantes 44
5.2. Des positions structurelles inégales 45
5.3. Le travail espace réparateur 49

6. Des « ruptures d'intelligibilité » 50

6.1. Des carrières avortées 50
6.2. Vivre au rythme de la maladie 52

7. Les transitions pour préserver sa santé 53

7.1. Sortir du monde ouvrier 53
7.2. Un effet d'apprentissage 54

Chapitre 3 – TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET SANTÉ 57

1. Les relations entre santé et travail 57

1.1. De l'individuel au collectif 57
1.2. Des effets de sélection 58

2. Typologies des trajectoires professionnelles 59

2.1. Construction du calendrier annuel des séquences 59
2.2. Typologies des trajectoires professionnelles 61
2.3. Relations santé-travail 70

CONCLUSION 73

Bibliographie 74

ANNEXES 77

Annexe 1. Liste des variables et indicateurs retenus 77

Annxe 2. Construction du calendrier 83

Annxe 3. Guide d'entretien 85

LISTE DES GRAPHIQUES et DES TABLEAUX 86

INTRODUCTION

1. LA SANTÉ, UN OBJET COMPLEXE

La santé est un objet complexe à définir, elle n'est pas seulement « la vie dans le silence des organes » (Leriche) mais un bien, un capital à préserver (Gognalons-Nicolet, Weiss, 1996). Elle est associée à un état de bien-être (Herzlich, 1996). C'est aussi un droit (OMS, 1997). La santé érigée en bien devient ainsi une valeur qui se confronte à l'incertitude, au risque et au principe de précaution. C'est pourquoi travailler sur le lien entre la santé et le travail nécessite au préalable une réflexion épistémologique sur la définition de la santé en tant qu'objet sociologique.

La santé et son corollaire, la maladie, ont fait et font encore l'objet de multiples débats. Ces débats sont d'autant plus vifs que les définitions de la maladie et de la santé ont des enjeux importants en termes de santé publique. Nous pouvons néanmoins distinguer trois courants théoriques.

Le discours naturaliste correspond à une vision biomédicale de la santé. L'idée défendue est que l'on peut définir la santé et la maladie en dehors de tout jugement de valeur. La santé est alors l'absence de maladie, c'est un état naturel qui s'oppose à la pathologie. L'idée sous-jacente à cette thèse est que « la distinction entre le normal et le pathologique n'est pas inventée ; elle est factuelle et objective » (Giroux, 2010, p. 61). C'est au scientifique de déterminer ce qui est ou non pathologique, car la santé n'est pas un phénomène social mais une donnée biologique mesurable. Même si les politiques publiques s'efforcent souvent de rechercher la promotion de la santé en faisant reculer la maladie, et adhèrent donc implicitement à l'idée d'une opposition tranchée et « simple » entre normal et pathologique, ce type d'approche est toutefois assez désuet dans son fondement, tant il est devenu évident que la santé comporte une dimension sociale essentielle. Pour preuve, la réalisation d'enquêtes telles que SIP ou les enquêtes *Conditions de travail* !

Georges Canguilhem défend au contraire l'idée qu'il faut partir de l'expérience de l'individu et non de la classification médicale. Il n'y a alors pas de pathologie objective. « Pour Canguilhem, la maladie est d'abord et fondamentalement une expérience vécue négativement par un sujet avant de devenir secondairement "un concept empirique" dans la pensée médicale » (Giroux, 2010, p. 32). Cependant, la notion de bien-être est un concept très subjectif et, en cela, difficile à objectiver ; ce qui conduit à considérer de la même manière toutes les pathologies sans les différencier, sinon par leurs manières de s'accommoder ou non des rapports sociaux.

Lennart Nordenfelt (2000) met au centre de sa théorie la notion de « pouvoir d'action », déjà présente chez Georges Canguilhem. Il inscrit sa pensée dans une philosophie de l'action en situant son analyse dans la capacité qu'a un individu à agir sur son environnement. La santé peut alors s'appréhender comme la capacité corporelle et mentale dont disposerait, ou non, un individu pour atteindre ses « buts vitaux ». Ainsi, définir la santé nécessite de dépasser la dichotomie entre le corps et le psychisme, ce que permet l'utilisation de la notion de « capacité ».

Nous appréhenderons la santé comme l'expérience qu'un individu fait de son corps et de son état psychique dans la quotidienneté de sa vie sociale mais aussi lorsqu'il est confronté à des situations problématiques exceptionnelles. De manière paradoxale : « être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever » (Canguilhem, 1999, p. 132).

A contrario, la mauvaise santé est « la restriction des marges de sécurité organique, la limitation du pouvoir de tolérance et de compensation des agressions de l'environnement » (Canguilhem, 2002, p. 60). La santé s'évalue à l'intersection entre l'individu et le social ; ce « n'est pas seulement la vie dans le silence des organes, c'est aussi la vie dans la discrétion des rapports sociaux » (Canguilhem, 2002, p. 62). Penser la santé, c'est donc prendre en compte la façon dont un individu est en mesure

d'agir dans la vie sociale, incluant les dimensions physique et psychique. Cette dimension subjective, adoptée dans cette recherche, sera saisie de manière compréhensive par la voie d'entretiens approfondis mais aussi parce que, largement, elle s'accorde à la manière dont les enquêtes statistiques qui abordent la santé (ici : SIP) traitent de ces questions en questionnant les enquêtés – (enquêtes « seulement » déclaratives posant des questions en grande partie subjectives, mais dont la capacité d'objectivation a été éprouvée par de nombreuses recherches).

2. L'OBJET DE LA RECHERCHE

Le développement d'enquêtes longitudinales, initié en démographie dès les années 1960, s'est étendu progressivement à la sociologie dans des domaines qui nécessitent la prise en compte du temps, tels le passage à l'âge adulte ou l'insertion professionnelle. Par contraste avec les méthodes transversales, sous-estimant les effets de séquentialité et fractionnant l'expérience individuelle (Bertaux, 1980), l'approche longitudinale[1] appréhende étape par étape les cheminements singuliers. Son pouvoir heuristique est particulièrement pertinent pour analyser les flux de mobilité, tels qu'ils s'actualisent au niveau professionnel. Les parcours professionnels ne relèvent néanmoins pas exclusivement du seul registre du travail (qualification, situation du marché du travail, modes de gestion de la main-d'œuvre...), même si celui-ci cadre les parcours individuels, mais également d'autres sphères de l'existence et des incidents qui y surviennent.

Les interrelations entre la santé et le travail ont été l'objet d'un intérêt croissant ces dernières années, en raison de l'intensification du travail, que ce soit dans l'industrie ou le tertiaire (Gollac, Volkoff, 1996 ; Valeyre, 2004 ; Hamon-Cholet, 2004 ; Guignon, Hamon-Cholet, 2003) et de la déréglementation du marché du travail (Thébaud-Mony, 1997, 2007 ; Doniol-Shaw, 1997). Le développement d'enquêtes transversales (ECT, SUMER) mais aussi longitudinales (ESTEV, VISAT, STED, GERICOTS, SIP) permet de cerner de plus en plus finement les effets des conditions de travail et de l'exposition aux risques professionnels sur la santé des travailleurs.

Parallèlement, on assiste depuis une vingtaine d'années à une diversification des parcours professionnels et à un dualisme croissant dans le secteur privé, où s'opposent les carrières continues des plus qualifiés (cadres et professions intermédiaires) à des profils discontinus, alternant périodes d'emploi et de chômage voire d'inactivité, qui concernent deux tiers des salariés (Briard, 2007). Les recherches se sont principalement centrées sur les effets liés à la qualification et aux discriminations de sexe ou ethniques. Les effets de sélection liés à l'état de santé ont été moins explorés côté français jusqu'à une date récente, si ce n'est pour les salariés âgés (Volkoff, Laville, Maillard, 1996 ; Dierrienic, Saurel-Cubizolles, Montfort, 2003), qu'ils ne l'ont été par la recherche anglo-saxonne sous le dénominateur du « *healthy worker effect* ». Les dernières années, notamment du fait des travaux de l'Irdes, ont toutefois comblé ce retard (Sermet, Khlat, 2004 ; Jusot, Khlat, Rochereau, Sermet, 2007). Par la reconstitution détaillée des deux calendriers, professionnel et de santé, de l'ensemble des actifs et leur mise en interrelation systématique lors des transitions, l'enquête « SIP » nous offre aujourd'hui l'opportunité de placer la santé au cœur de l'analyse de la différenciation des parcours professionnels.

En s'appuyant sur la définition de la santé comme une capacité d'agir en situation, notre objet est d'analyser de quelle manière la santé contribue à la différenciation des parcours professionnels. Nous nous intéresserons aux liens entre les incidents de santé relatés par les enquêtés et leurs trajectoires professionnelles ainsi qu'aux ressources inégales qu'ils ont pu mobiliser. Cette recherche est centrée sur les hommes et femmes d'âge actif de 40 à 54 ans en se référant au questionnement rétrospectif mené à la fois par l'enquête SIP et par une post-enquête complémentaire. Le choix de

[1] Même si de nombreuses enquêtes, y compris longitudinales telles « SIP », adoptent aussi un questionnement rétrospectif. Cela montre que les approches transversale et longitudinale ne sont pas étanches l'une à l'autre.

cette borne inférieure de 40 ans est lié à la volonté de retenir des salarié-es susceptibles de retracer un itinéraire professionnel d'une durée suffisante depuis leur entrée sur le marché du travail. La borne supérieure de 54 ans vise à nous centrer sur la période d'activité en éliminant l'effet des dispositifs de sortie précoce d'activité.

3. L'EXPLOITATION STATISTIQUE

Les données complètes portent sur près de 14 000 enquêtés de 20 à 74 ans, mais nous nous centrerons plutôt sur les personnes âgées de 40 à 54 ans en nous référant au questionnement rétrospectif de ces actifs.

L'analyse statistique des trajectoires professionnelles prend généralement la forme de typologies ou d'analyses économétriques. La recherche des régularités et des ruptures du calendrier professionnel aboutit à une mise en forme dont le résultat est une variable synthétique qui peut servir de base à une modélisation économétrique. Rappelons que les différentes méthodes de construction de trajectoires s'inscrivent dans une approche multidimensionnelle, descriptive et exploratoire qui vise à rassembler les individus les plus proches dans des groupes ou des classes, pour décrire des populations de manière synthétique et différenciée. Cette approche connaît actuellement un regain d'intérêt de la part des sociologues et économistes, en raison de la multiplication des sources statistiques longitudinales (enquêtes *Génération* du Céreq, enquêtes comportant au moins une part biographique réalisées par l'Ined, l'Insee ou la Drees : *3B*, *Familles et Employeurs*, *Histoire de vie*… fichiers administratifs d'entreprises, DADS…), d'une part et du développement récent en France de la technique de l'*optimal matching analysis* (OMA) inventée aux États-Unis, d'autre part. L'OMA est une nouvelle technique de mesure des distances entre individus, qui vient enrichir les techniques développées en France, au Céreq et ailleurs. Ces techniques seront utilisées à partir de la phase 3 décrite ci-dessous. L'analyse statistique sera menée avec les logiciels S.A.S et STATA.

Nous présentons ci-dessous les étapes de notre travail.

Phase 1 : définition des incidents de santé à partir des problèmes de santé, accidents et handicaps.

Construite selon leur impact sur les changements d'état professionnel, notre définition accueille une vision large des incidents de santé associant maladies déclarées (chroniques ou non), symptômes et accidents. Elle écarte les handicaps, les malformations et les maladies graves de naissance qui, par définition, n'introduisent pas de changement dans l'itinéraire professionnel et relèvent par ailleurs de réglementations, voire d'institutions, spécifiques. En revanche, les handicaps faisant suite à une maladie ou un accident entrent de plein droit dans notre définition.

Les transitions « pour raisons de santé » considérées sont celles qui, d'après les interviewés, ont occasionné une transformation professionnelle en raison d'une maladie, de symptômes divers, d'un accident ou d'une volonté de préserver sa santé. Dans les termes de l'enquête, notre définition recense les transformations du parcours professionnel « pour raison de santé » ou « pour des problèmes de santé ».

Par transitions professionnelles, nous entendons : une rupture/réorientation du cursus scolaire et d'apprentissage, un changement d'employeur, un changement de poste de travail, une variation du nombre d'heures travaillées, une entrée/sortie du chômage ou encore une entrée/sortie de l'inactivité ; ces situations pouvant varier et se cumuler au long de la carrière. On considérera également les périodes d'arrêt de travail pour maladie ou accident comme une transformation du statut d'emploi. Ces différentes situations déclinent notre définition des « transitions professionnelles » donnée plus haut.

Le travail s'est déroulé en plusieurs étapes :

Phase 2 : statistiques descriptives.

Caractéristiques des incidents de santé et des transitions à l'aide des variables « explicatives » (sexe, âge, origine nationale, situation professionnelle, caractéristiques de l'emploi, conditions de travail). Les phases 1 à 2 sont menées à titre exploratoire et elles sont complétées par une modélisation économétrique.

Phase 3 : analyse du calendrier de la trajectoire professionnelle et de santé et typologies des trajectoires.

À partir de la phase 3, le travail n'est conduit que sur l'échantillon des 40 à 54 ans à la date de l'enquête. Les principales étapes sont les suivantes :

- Construction du calendrier des séquences (emplois longs, emplois courts, inactivité, chômage, autres catégories).

- Typologie et chronogrammes à élaborer.

- Repérer les classes de trajectoires dans lesquelles des transitions existent et celles, plus stables, dans lesquelles un état domine.

Phase 4 : interprétation des classes de trajectoires.

L'analyse est menée à l'aide des variables explicatives et des variables-résumés des trajectoires : indicateurs-résumés des parcours professionnels, biographiques et de santé à construire (par exemple, nombre de séquences d'emplois longs, courts, d'inactivité, de chômage, nombre d'arrêts-maladie, nombre d'incidents de santé, nombre de transitions professionnelles).

Phase 5 : lien entre les événements de santé et les classes de trajectoires :

Dans quels groupes de trajectoires se trouvent les personnes qui déclarent des incidents de santé ? Qui n'en déclare aucun ? Qui déclare plusieurs incidents de santé ?

4. LA POST-ENQUÊTE : QUELQUES RÉFLEXIONS MÉTHODOLOGIQUES

L'exploitation des données de l'enquête SIP a été couplée à une post-enquête qui s'inscrit dans le cadre théorique et méthodologique de la sociologie des parcours de vie. La post-enquête vise à mettre en perspective les trajectoires de santé, professionnelle et familiale afin d'analyser leurs interrelations. En particulier, quels sont les effets des incidents de santé sur les trajectoires professionnelles ? Nous avons inclus dans l'analyse les incidents de santé d'*ego* mais également ceux qui affectent le (la) conjoint-e, dans la mesure où ils ont eu un retentissement majeur sur la santé psychique et physique d'*ego*. L'objectif n'est pas ici de s'interroger sur la probabilité d'occurrence de ces incidents mais d'analyser les processus de transition auxquels les actifs sont confrontés lorsque leurs modalités habituelles d'action sont affectées par des incidents de santé. Dans ces situations, sur quels supports existentiels et quelles ressources peuvent-t-ils s'appuyer ? Comment ceux-ci sont-ils distribués socialement ?

Nous n'avons pas qualifié *a priori* les incidents de santé en fonction de leur degré de gravité. À la suite de Georges Canguilhem et de Lennart Nordenfelt, nous avons considéré qu'ils sont inobjectivables. Ils s'éprouvent par l'expérience individuelle de la douleur, mais aussi par la limitation de la capacité d'agir. En nous positionnant dans une perspective d'action, nous avons tenté de limiter le relativisme inhérent au questionnement sur la santé, même si celui-ci demeure pour partie inévitable. La gravité est donc entendue telle qu'elle est déclarée par les enquêtés eux-mêmes, à l'aune de l'ampleur des ajustements qu'elle a réclamés de leur part dans la capacité à exercer des activités diverses, dont celles qui sont liées aux exigences du travail.

4.1. Le moment de l'enquête

Toute enquête est dépendante du moment où elle se déroule et du contexte de l'interaction entre le chercheur et l'enquêté (Bertaux, 1997). Cela est encore plus vrai pour une enquête portant sur l'état de santé. D. Le Breton distingue les notions de « douleur » et de « souffrance ». « Si la douleur est un concept médical, souffrance est le concept du sujet qui la ressent. (…) La souffrance nomme cet élargissement de l'organe et de la fonction à toute l'existence » (Le Breton, 2010, p. 21). La souffrance est une atteinte de l'individu tout entier. Elle altère, à des degrés divers selon son intensité, son rapport à l'existence et sa capacité d'action. À ce titre, il n'y a pas de souffrance purement physique, elle entraîne toujours une atteinte psychique, plus ou moins invalidante. Cette caractéristique spécifique des atteintes à la santé confère au moment de l'enquête un rôle encore plus décisif pour le volet santé du récit que pour celui portant sur la trajectoire professionnelle, ce qui explique les écarts entre les problèmes de santé déclarés par les enquêtés lors du questionnaire et ceux relatés lors des entretiens. Ainsi, certains enquêtés ont eu des difficultés à se remémorer les problèmes de santé déclarés, d'autres qui avaient été sélectionnés en raison de problèmes de santé déclarés dans le questionnaire n'en ont relaté aucun lors de l'entretien[2]. Si cette variabilité entre questionnaire et entretiens a été constatée pour le volet « santé », cela n'a pas été le cas pour le volet « emploi ». Le calendrier professionnel est scandé par des situations institutionnelles : statut de l'emploi, classification du poste, salaire, etc. qui sont des états objectivables.

4.2. L'expression de la plainte

De même, la plainte sur les conditions de travail, l'évolution du métier, les modes de gestion de la main-d'œuvre, est fréquemment structurée par des rhétoriques collectives (syndicat, collectif de travail ou collectif professionnel) (Loriol, 2003), dont nous avons relevé l'expression notamment pour certains métiers de la Fonction publique (personnel médical, professeurs des écoles…).

L'expression des incidents de santé est en revanche rarement l'objet d'une mise en forme collective[3]. Elle relève d'une réflexivité sur son propre vécu, accompagnée ou non par des professionnels[4]. La perception des atteintes à la santé varie donc souvent selon le sens, exprimé individuellement[5], qui leur est attribué. Certaines douleurs ressenties peuvent ne pas se muer en souffrance, si elles s'insèrent dans un univers de significations positives. Les douleurs liées au travail sont, en effet, minimisées si le (la) salarié-e peut donner un sens à son travail ; *a contrario*, elles se transforment en souffrance qui envahit l'ensemble de son être.

Il existe également des formes de déni des atteintes à la santé. Celles-ci ont été identifiées comme une forme de « virilité défensive » (Molinier, 2000). Nous constatons dans cette enquête – et pour autant que de telles données permettent de les repérer de façon certaine – qu'elles ne sont pas l'apanage des hommes. Le déni n'est pas un manque de verbalisation mais une absence d'identification psychique. Il consiste à agir comme si les atteintes à la santé n'existaient pas alors même que le (la) salarié-e les perçoit physiquement. Il en résulte une absence de protection de soi-même, y compris lorsque des dispositifs réglementaires existent. Ainsi, des salarié-es en CDI évoquent avec fierté le fait de n'avoir quasiment jamais eu d'arrêts de travail en vingt cinq ans de carrière et d'avoir su « tenir » en dépit d'incidents de santé parfois graves. La maîtrise de la douleur est érigée en principe moral. Ces attitudes réfèrent à une conception morale du travail qui revêt des

[2] Ces entretiens ont donc été exclus de l'analyse et de l'échantillon présentée *infra*.
[3] À l'exception des associations de malades et de la médiatisation de certaines pathologies.
[4] Généralement des psychologues.
[5] Ce qui n'empêche évidemment pas des déterminants plus collectifs ou sociaux d'intervenir, comme par exemple le degré ou la qualité de la couverture maladie.

formes différentes selon les milieux sociaux. Pour les catégories sociales à faible revenu, cette morale se colore de nécessité, alors que ce n'est pas le cas pour les milieux plus aisés.

Il résulte de ces quelques remarques que les récits menés sur la santé, d'une part, et sur le travail, d'autre part, relèvent de deux registres différents. La santé est un état alors que le travail est une activité. Dans une perspective dynamique, la santé est un des ressorts de l'action mis en œuvre dans le travail mais également un état, plus ou moins reconnu par les enquêtés, produit par cette activité sociale. La post-enquête a visé à saisir cette dynamique telle qu'elle se déploie dans l'ensemble des espaces de vie sans chercher à adopter une optique causale.

4.3. Construction de l'échantillon

Les entretiens biographiques, d'une durée d'1 heure 30 à 3 heures, ont été menés auprès d'actifs de 40 à 54 ans ayant déclaré au moins un problème de santé lors du questionnaire de l'enquête SIP. Outre ce premier critère de sélection, nous avons privilégié les enquêtés qui avaient déclaré une santé mauvaise ou très mauvaise à la date de l'enquête ou des troubles spécifiques (pathologies prises en charge dans le dispositif des affections de longue durée (ALD), gênes dans la vie quotidienne…). Les entretiens ont été réalisés au domicile des enquêtés qui résidaient dans les régions suivantes : Île-de-France, Haute et Basse-Normandie, Picardie et Nord-Pas-de-Calais. Les noms et prénoms ont bien évidemment été anonymisés, de la même manière que le sont les données quantitatives.

Tableau 1 : Échantillon des entretiens biographiques

Noms (après anonymisation)	Age	Niveau de qualification	Emploi(s) occupé(s)	Fonction publique ou secteur privé	Incident de santé	Situation familiale	Origine sociale
Christian Canu	50 ans	Niveau V	Ouvrier, chauffeur, Représentant syndical à temps complet	Fonction publique d'État	Dégénérescence corticobasale de son épouse	Marié, deux enfants	Parents ouvriers
Sylvie Bourgoin	45 ans	Niveau VI	Ouvrière (licenciée: inapte au travail)	Secteur privé	Hernie discale et cervicale	Mariée, un enfant	Parents ouvriers
Cécile Guérin	44 ans	Niveau III	Enseignante	Fonction publique d'État	Problèmes de dos, sinusites chroniques, violence conjugale	Divorcée, deux enfants	Parents enseignants
Claire Legrand	45 ans	Niveau IV Prépare une VAE aide-soignante	Ouvrière puis agent des services hospitaliers (ASH)	Fonction publique hospitalière	Crises de sciatique, l'arthrose au genou, douleurs chronique	Divorcée, deux enfants	Père : ouvrier, mère : nourrice
Héléna Perez	52 ans	Niveau V	Secrétaire	Secteur privé	Sclérose en plaques	Séparée, un enfant	Père : gendarme, mère : employée
Brigitte Charrier	50 ans	Niveau VI	Ouvrière	Secteur privé	Cancer des poumons	Veuve, deux enfants	Parents ouvriers
Sophie Varin	47 ans	Niveau III	Enseignante	Fonction publique d'État	Dépression	Divorcée, deux enfants	Père : cadre, mère : au foyer

François Fresnay	50 ans	Niveau III	Technicien territorial	Fonction publique territoriale	Dépression	Divorcé, deux enfants	
Antonio Rodrigues	52 ans	Niveau VI	Maçon, indépendant	Indépendant	Fracture de la jambe	Marié, deux enfants	Famille au Portugal : paysans
Isabelle Deshayes	46 ans	Niveau III BTS, DUT carrière sociale	Standardiste, formatrice, secrétaire	Secteur privé	Dépression	Mariée	Père : électricien, mère : secrétaire
Pierre Lannoy	47 ans	Niveau II	Consultant informatique responsable bureautique DJ	Indépendant	Colites néphrétiques, Dépression	Mariée, deux enfants	Grande bourgeoisie père : notaire
Laurent Chauvin	45 ans	Niveau III	Régisseur puis éclairagiste de spectacles	Secteur privé	Acouphènes	Marié, un enfant	Prof intermédiaire
Florence Faure	51 ans	Niveau V	Aide-soignante	Fonction publique hospitalière	Diabète, calcification épaule	Mariée, un enfant	Père : conducteur de train, mère : femme de service
Catherine Lasnon	49 ans	Niveau II Maîtrise de droit des affaires	Juriste	Secteur privé	Dépression	Célibataire	Mère : éducatrice Père : dans le privé
Anne Dionisi	52 ans	Niveau IV	Directrice école	Fonction publique d'État	Lombalgies, violence conjugale	Divorcée, deux enfants	Père : ouvrier immigré, mère : immigrée au foyer
Marie Deule	46 ans	Niveau III BTS secrétariat	Contrôleur des impôts	Fonction publique d'État	Cataracte	Mariée, trois enfants	Parents employés
Patricia Maréchal	47 ans	Niveau III Contrôleur des impôts	Contrôleur des impôts	Fonction publique d'État	Colique hémorragique	Veuve, un enfant, en concubinage	Parents employés
Laurence Faret	52 ans	Niveau III	Infirmière	Fonction publique hospitalière	Mari décédé d'un cancer	Veuve, deux enfants	Mère : agent de service, père : commercial
Valérie Gilles	49 ans	Niveau III	Enseignante	Fonction publique d'État	Douleurs au niveau du dos	Mariée, trois enfants	Parents ouvriers
Denis Capelle	46 ans	Niveau III	Cadre commercial	Secteur privé	Lombalgies	Marié, deux enfants	Prof intermédiaire
André Lemaistre	43 ans	Niveau V CAP/BEP	Ouvrier puis pépiniériste	Indépendant	Obésité	Marié deux enfants	Parents ouvriers

Les mots pour le dire…

Santé : capacité physique et psychique d'agir dans la quotidienneté de sa vie sociale**.**

Problèmes de santé : entendus au sens de l'enquête SIP : problèmes de santé déclarés par les enquêtés lors de la passation du questionnaire.

Incidents de santé : indicateur retenu incluant les maladies déclarées (chroniques ou non), les symptômes et les accidents. Elle écarte les handicaps, les malformations et les maladies graves de naissance (mais les inclut lorsqu'ils sont survenus plus tard au cours de la vie).

Événements de santé : incidents de santé qui entravent la capacité d'agir dans le contexte habituel et remettent potentiellement en cause la manière d'appréhender la réalité.

Trajectoire : déroulement de l'existence au cours du cycle de vie dans un champ donné (trajectoire professionnelle, professionnelle, familiale, résidentielle, de santé, etc.). Nous reprenons ici les notions de trajectoire et de parcours mobilisées par la sociologie du parcours de vie (Elder, 1999).

Parcours de vie : ensemble des trajectoires d'un individu (effets d'interaction entre elles).

« Moment fatidique » : séquence d'incertitude, au cours de laquelle les repères habituels de l'action font défaut, au sens d'Anthony Giddens (1991.

Transition : changement d'emploi en vue de préserver sa santé.

Rupture : « rupture d'intelligibilité » au sens d'Alban Bensa et Didier Fassin (2006) qui trace une frontière entre un avant et un après l'événement, *Turning point* (Hareven, Masaoka, 1988).

Dans un premier chapitre, qui sera un cadrage de la recherche, nous décrirons les incidents de santé déclarés dans l'enquête SIP (problèmes de santé, symptômes, maladies, accidents ou handicaps) et leur distribution sociale. Nous présenterons également les principaux indicateurs retenus pour l'analyse de la santé et des itinéraires professionnels. Le deuxième chapitre sera centré sur l'impact que peuvent avoir les événements de santé sur les parcours de vie des salariés. Cette analyse sera conduite de manière compréhensive à partir des entretiens biographiques menés lors de la post-enquête. Enfin, dans le troisième chapitre, nous complèterons l'analyse quantitative des incidents de santé par l'étude fine des calendriers des trajectoires professionnelles et des relations entre la santé et le travail.

Chapitre 1

LES INÉGALITÉS DE SANTÉ

1. DES INÉGALITÉS QUI PERDURENT

« Autrefois, la pauvreté tuait brutalement. Aujourd'hui, elle tue tout aussi sûrement mais lentement » (Hirsch, 2007, p. 9).

Contrairement à un discours public qui met l'accent sur la notion de « responsabilité individuelle » en matière de santé, force est de constater que de fortes inégalités sociales en matière de santé perdurent. Si l'espérance de vie a augmenté, elle n'est pas la même pour tout le monde : sept années séparent encore l'espérance de vie d'un ouvrier et d'un cadre (Monteil, Robert-Bobée, 2005). Néanmoins, ce sont les risques individuels qui sont le plus mis en avant et la bonne santé devient une injonction sociale. « Dans ce désir proche de la toute-puissance se dessine un mythe prométhéen du corps sain, en forme. Le nouveau dogme hygiéniste qui vise à effacer la souffrance et la mort de la vie, prône la santé comme morale dominante ; l'alimentation, le sport, l'activité physique sont autant de moyens d'accéder à cet idéal » (Gognalons, Weiss, 1996, p. 133). Ces injonctions conduisent à minorer l'incidence du social et de l'organisation du travail sur les inégalités de santé. Or, toutes les études démontrent que « si les facteurs de risques individuels expliquent beaucoup de la santé des individus, ils n'expliquent que faiblement les différences sociales de la survenue des maladies » (Bruno, 2008, p. 75).

C'est l'accumulation des facteurs de risque qui est plus significative que les conduites individuelles. L'accumulation des facteurs doit se penser en termes de risques collectifs (exposition à des produits toxiques, pénibilité physique du travail…) qui s'associent à des conduites individuelles éminemment sociales : rapports différentiels au corps et au système de soins en fonction du milieu social de l'individu (et donc notamment de son statut, plus ou moins favorable, d'assuré social), alimentation, prévention. Les politiques de prévention ont en effet plus d'impact dans les milieux les plus favorisés. Les facteurs de risque se cumulent chez les individus les moins qualifiés. Les expositions aux risques ont, de plus, souvent des effets différés (Thébaud-Mony, 2007).

Les inégalités d'espérance de vie se répercutent aussi au niveau qualitatif : les ouvriers ont en effet non seulement une moins grande espérance de vie que les cadres mais aussi plus de risques de développer des incapacités au cours de leur vie : « D'une manière générale, plus l'espérance de vie est longue, plus la part de vie passée avec des incapacités est faible » (Cambois, Laborde, Robine, 2008, p. 4). Ainsi parle-t-on de « double peine » des ouvriers : « Les moins favorisés cumulent de plus forts risques de mortalité et d'incapacité à tous les âges » (Cambois, Jusot, 2007, p. 13). Si les accidents du travail ont diminué, la catégorie ouvrière demeure la plus touchée.

Les inégalités de santé se répercutent sur le marché du travail. Les inégalités sociales en matière de santé engendrent des effets de sélection. Ces effets de sélection aboutissent à « une éviction du marché du travail des travailleurs les moins bien portants » (Bruno, 2008, p. 89).

Ces effets de sélection s'accroissent dans un contexte de fragilité économique, comme c'est le cas aujourd'hui, « le chômage de masse et la précarisation de l'emploi tirent incontestablement vers le bas le niveau d'attente à l'endroit des conditions de travail et d'exposition aux risques » (Bouffartigue, 2010, p. 277). Ce sont là encore les travailleurs les plus précaires, comme les intérimaires, qui sont le plus exposés aux risques (Thébaud-Mony, 2007).

Les risques professionnels qui portent atteinte à la santé ne sont pas seulement des risques physiques. Toutes les études dénoncent l'augmentation des risques psychosociaux (Cristofari, 2003). La souffrance au travail est liée à l'organisation du travail plus qu'à des dispositions personnelles : réduction des marges de manœuvre de l'individu, affaiblissement des collectifs de travail, mise en concurrence des salariés, manque de reconnaissance des qualités de travail. Ces risques touchent tous les secteurs et les cadres ne sont pas épargnés. « Les possibilités d'échange avec ses collègues, de soutien de la part de ses supérieurs, de reconnaissance matérielle (salaire, carrière), d'autonomie… tout ce qui participe, selon les modèles de Karasek et Siegrist, à équilibrer le poids des contraintes subies dans le travail n'est pas également réparti dans le corps social. Ces possibilités concernent plutôt les personnes issues des milieux sociaux favorisés » (Mias, 2010, p. 77).

Les inégalités de santé diffèrent aussi en fonction du sexe : les femmes ont un taux de mortalité moins élevé que les hommes et un taux de morbidité paradoxalement plus élevé (Aïch, 2010). Les femmes et les hommes ne sont pas soumis aux mêmes risques : elles ont moins d'accidents de travail, mais plus de troubles musculosquelettiques, et se déclarent plus fréquemment soumises au harcèlement et à la violence morale dans le cadre de leur travail. Elles se déclarent plus souvent malades que les hommes et consomment d'ailleurs plus de soins et de médicaments. Elles ont une perception différente du rapport au corps et sont le plus souvent celles qui, dans la famille, ont en charge le rôle « médical », incorporé dans le travail domestique et de « care », si bien que leur surmorbidité relative peut en partie être interprétée comme la capacité à interpréter des troubles (Aïch, 2010). Si les sorties d'activité sont souvent liées pour les femmes à des causes familiales, l'inactivité des hommes est souvent liée à des problèmes de santé (Monteil, Obert-Bobée, 2005)[6].

2. LES INCIDENTS DE SANTÉ DANS L'ENQUÊTE SIP

Les incidents de santé sont relatifs aux problèmes de santé, accidents ou handicaps. Maladies et symptômes sont regroupés sous le terme « problèmes de santé ». Dans le questionnaire, après avoir relevé tous les problèmes de santé, l'enquête comporte une description plus précise : lien avec les conditions de travail, conséquences sur la vie de tous les jours et la vie professionnelle. Cependant, tous les problèmes de santé relevés ne sont pas décrits de façon détaillée. Les problèmes de santé qui ont été relevés comme ayant perturbé la vie professionnelle sont automatiquement sélectionnés pour être décrits. De la même manière, sont relevés et décrits les accidents et handicaps.

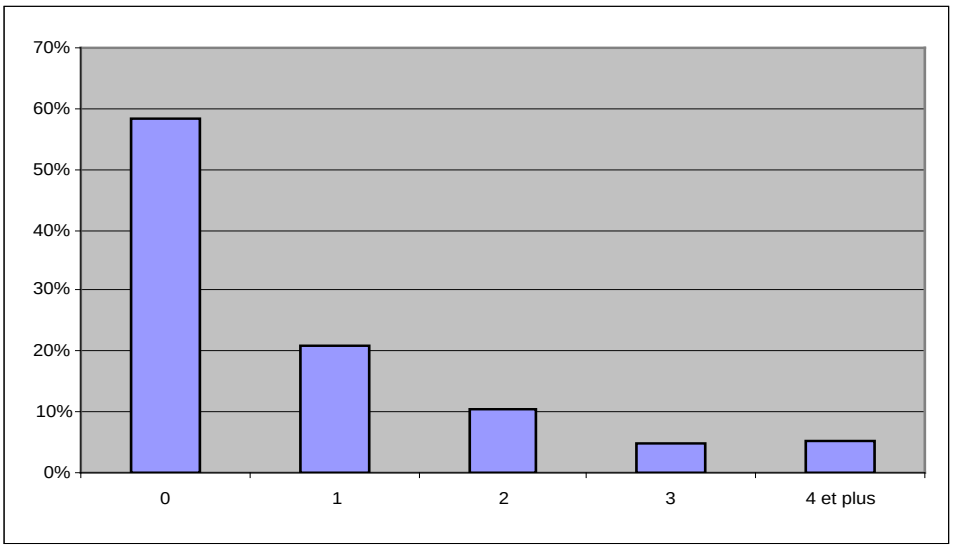
En outre, nous avons exclu les incidents de santé ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet.

2.1. Nombre de problèmes de santé

Sur les 13 991 personnes interrogées, 6 487 personnes (soit 44 % après pondération) décrivent au moins un problème de santé. Après élimination de 503 personnes qui se trouvent hors-champ lorsque l'on tient compte des critères précédents (problèmes de santé ayant marqué l'enfance…), on en compte 41,5 %. Parmi ces personnes, la moitié en a déclaré deux ou plus (graphique 1). Il est également à noter que le problème de santé en question est une maladie chronique, trois fois sur quatre.

[6] Pour une approche détaillée des comparaisons de l'état de santé entre hommes et femmes, voir : Danet Sandrine, Moisy Muriel, 2009, *La santé des femmes en France*, Paris, la Documentation française, 285 p. http://www.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france.html

Graphique 1 : Nombre de problèmes de santé déclarés



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=13 488, % pondéré).

2.2. Les conséquences des problèmes de santé

Lorsqu'un problème de santé est déclaré, la perturbation des itinéraires professionnels concerne une personne sur cinq mais, lorsque l'on décompte toutes les perturbations possibles, ce chiffre doit être corrigé et c'est alors plus d'une personne sur quatre qui est concernée (27 %). En effet, certaines personnes répondent « non » à la question sur la perturbation des itinéraires mais citent au moins une conséquence.

Les principales perturbations liées aux problèmes de santé déclarés sont les suivantes (plusieurs réponses possibles ; pourcentage calculé sur l'ensemble des personnes ayant renseigné les conséquences) :

- Retrait définitif : 22,6 %.
- Licenciement : 12 %.
- Difficulté de trouver un emploi : 7,6 %.
- Aménagements ou changements (poste, réduction du temps de travail, assisté dans son déplacement domicile-travail ou à son lieu de travail) : 35 %.
- Changements de secteur ou de profession : 15 %.
- Autres : 35 %.

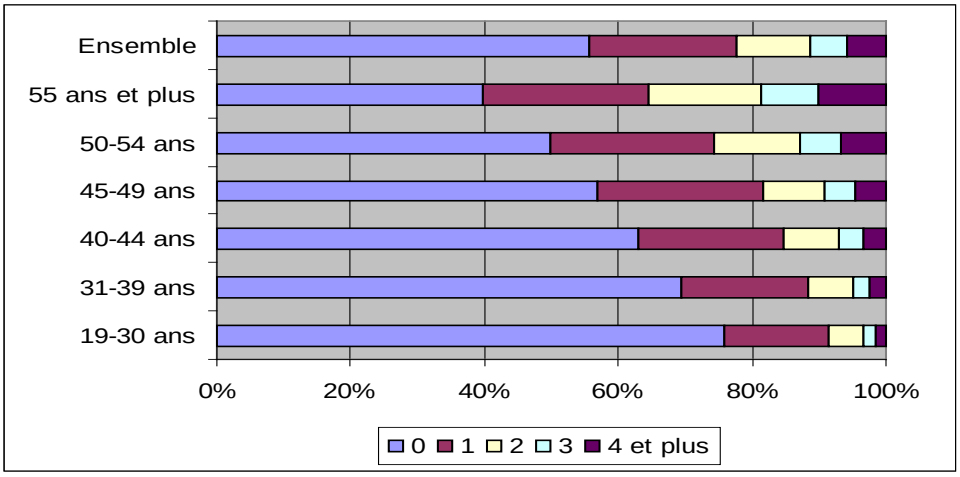
Les conséquences peuvent également se traduire par un arrêt de travail (42 % ont eu au moins un arrêt de travail) et parfois de plus de six mois dans 13,5 % des cas. Les conditions de travail ont aggravé des problèmes de santé dans 44 % des cas. Ces conséquences seront explorées lors de la post-enquête.

2.3. Les problèmes de santé selon l'âge

Sans surprise, les problèmes de santé déclarés augmentent nettement avec l'âge (effet de l'âge sur les maladies, les symptômes et le temps d'observation) : 60 % des 55 ans et plus, la moitié des 50-

54 ans, autour de 40 % des 40-49 ans mais 20 % à 30 % des personnes âgées de 19 ans à 30 ans et de 31 à 39 ans (graphique 2).

Graphique 2 : Problèmes de santé et âge

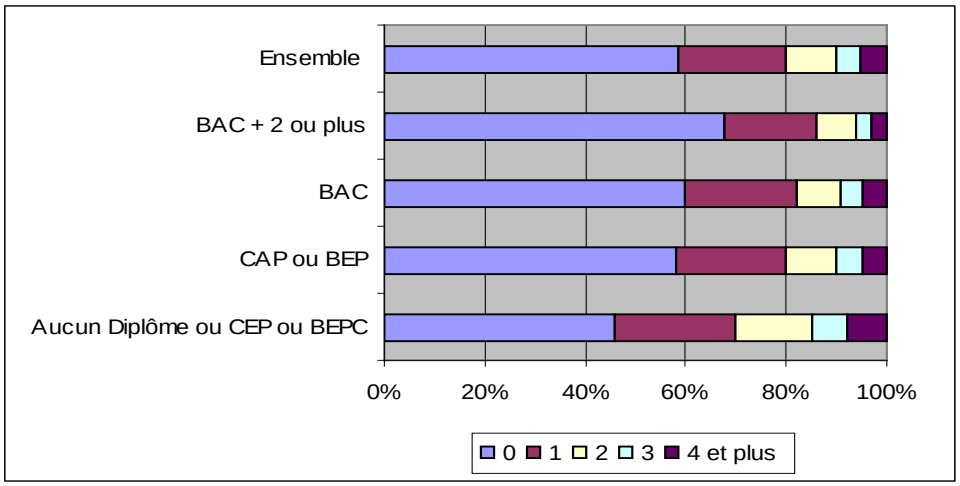


Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=13 488, % pondéré).

2.4. Les problèmes de santé selon le diplôme

Nous avons également retenu le diplôme comme un des indicateurs discriminants dans l'analyse des problèmes de santé. Tous les individus de l'enquête sont concernés, alors que la catégorie sociale qui sera introduite ultérieurement ne permet qu'une analyse partielle pour les actifs occupés.

Graphique 3 : Problèmes de santé et diplôme



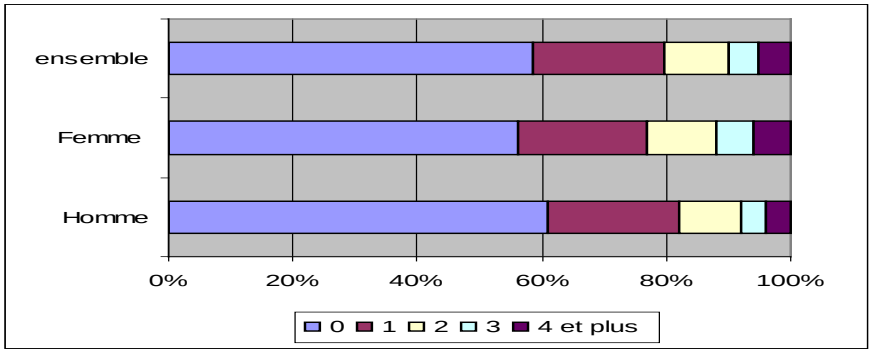
Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=13 488, % pondéré).

Près de 55 % des « sans diplôme » déclarent un événement de santé (graphique 3) mais un tiers seulement des plus diplômés (bac + 2 et plus). Le rôle de l'éducation est ici mis en avant : un bon niveau d'éducation réduit les problèmes de santé, en améliorant le recours aux soins par exemple. Corrélativement l'exposition à la précarité des statuts professionnels et aux conditions de travail physiquement et psychiquement éprouvantes de certains actifs occupés peu diplômés constituent également des explications de ces écarts.

2.5. Les problèmes de santé par sexe

Un autre résultat également bien connu : les femmes déclarent plus souvent que les hommes des problèmes de santé (graphique 4), avec ici des écarts assez faibles (39 % des hommes et 44 % des femmes) que ceux que l'on constate en réalisant pareille mesure sur l'ensemble de la population, tous âges confondus.

Graphique 4 : Problèmes de santé et sexe



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=13 488, % pondéré).

La prévalence supérieure de la morbidité féminine est congruente avec les résultats de nombreuses enquêtes où des *sex ratios* pouvant aller jusqu'à 1,45 selon les types de pathologies sont observés. Cet écart peut sembler quelque peu paradoxal au regard de la surmortalité masculine. Il s'agit néanmoins ici d'un écart de morbidité ressentie et déclarée par les enquêtés lors de l'enquête. Des travaux (Aïach, 2001) ont montré qu'elle ne doit pas être appréhendée comme le reflet de l'état de santé *réel* mais comme la propension à percevoir et à interpréter des symptômes sous un registre pathologique et à les exprimer comme tels lors d'une enquête. Une analyse plus fine par type de morbidité révèle que pour les pathologies à risque létal, les résultats deviennent alors cohérents avec ceux de la mortalité.

2.6. Les accidents

2 332 personnes déclarent au moins un accident, soit 17 % (pourcentage pondéré et calculé après élimination des personnes hors-champ).

2.6.1. Les conséquences des accidents

Lorsqu'un accident est déclaré, la perturbation des itinéraires professionnels concerne une personne sur dix, mais lorsque l'on décompte toutes les perturbations possibles, ce chiffre doit être corrigé et 22 % sont alors concernés. Les principales perturbations sont les suivantes :

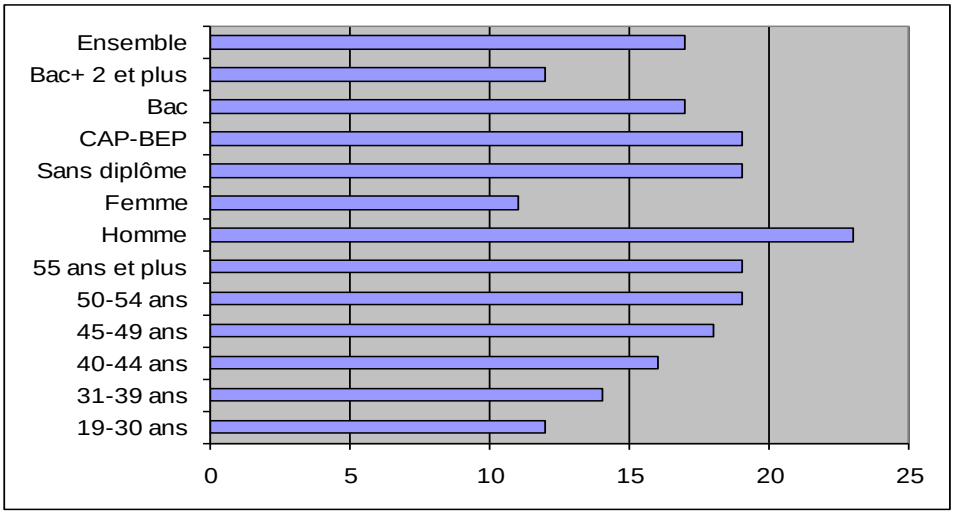
- Retrait définitif : 11 %.
- Licenciement : 14 %.
- Difficulté de trouver un emploi : 4,5 %.
- Aménagements ou changements (poste, réduction du temps de travail, assisté dans son déplacement domicile-travail ou à son lieu de travail) : 27 %.
- Changements de secteur ou de profession : 14 %.
- Autres : 36 %.

Des arrêts de travail sont déclarés dans 63 % des cas, dont 15 % d'arrêts de plus de six mois.

2.6.2. Accidents par âge, sexe et diplôme

Si 17 % environ des enquêtés déclarent au moins un accident, la fréquence chez les hommes est beaucoup plus forte (près de 23 %) et moins forte avant 40 ans (moins de 13 % pour la tranche d'âge 31-39 ans et 12 % entre 20 et 30 ans) (ce qui traduit au moins pour partie un effet mécanique de la durée de vie et donc d'exposition au risque) et également pour les plus diplômés (graphique 5).

Graphique 5 : Accidents par sexe, âge et diplôme



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des accidents ayant interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=13 826, % pondéré).

2.7. Les handicaps

1 180 personnes déclarent au moins un handicap, soit près de 9 % (pourcentage pondéré et après élimination des personnes hors champ).

2.7.1. Conséquences des handicaps (plusieurs réponses possibles)

Lorsqu'un handicap est déclaré, la perturbation des itinéraires professionnels concerne une personne sur dix. Les principales perturbations sont les suivantes :

- Retrait définitif : 20 % (sur l'ensemble des personnes ayant renseigné les conséquences).
- Licenciement : 20 %.

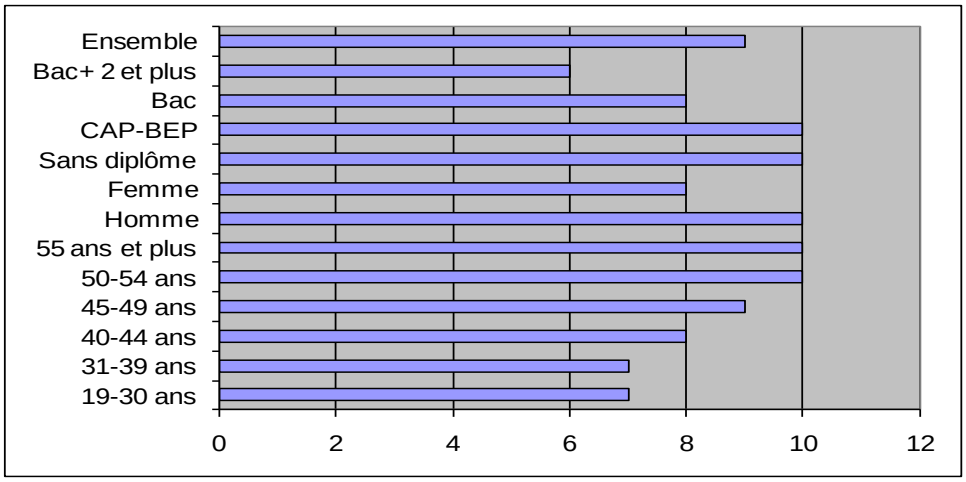
- Difficulté de trouver un emploi : 10 %.
- Aménagements ou changements (poste, réduction du temps de travail, assisté dans son déplacement domicile-travail ou à son lieu de travail) : 30 %.
- Changements de secteur ou de profession : 10 %.
- Autres : 20 %.

Des arrêts de travail sont déclarés dans 17% des cas, dont 5 % d'arrêts de plus de six mois.

2.7.2. Handicaps par âge, sexe et diplôme

Les personnes ayant déclaré le moins de handicaps sont les plus diplômés (6 %), les femmes (8 %), les moins de 40 ans (7 %), mais les écarts sont très faibles (graphique 6).

Graphique 6 : Handicaps par sexe, âge et diplôme



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle, les enquêtés qui n'ont jamais pu travailler et ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=13 304, % pondéré).

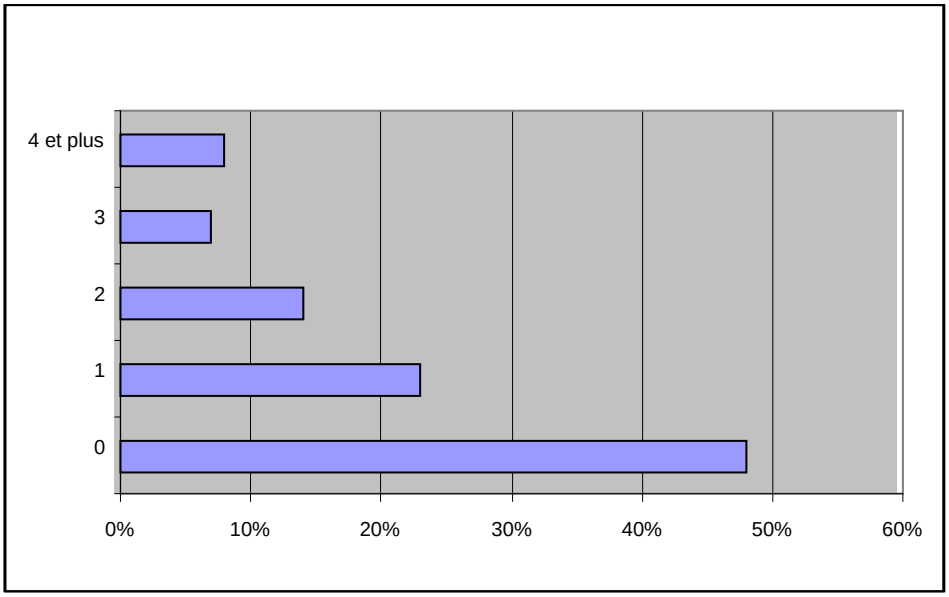
2.7.3. La notion d'incidents de santé

On peut créer un nouvel indicateur en fonction du nombre de problèmes de santé, du nombre de handicaps et d'accidents déclarés. Nous appellerons cet indicateur : « nombre d'incidents de santé déclarés ».

Notre définition accueille une vision large des incidents de santé associant maladie déclarée (chronique ou non), symptômes et accidents. Elle écarte les handicaps, les malformations et les maladies graves de naissance qui, par définition, n'introduisent pas de changement dans l'itinéraire professionnel et relèvent par ailleurs de réglementations, voire d'institutions spécifiques. En revanche, les handicaps faisant suite à une maladie ou un accident entrent de plein droit dans notre définition. 12 785 personnes entrent dans ce nouveau champ.

La distribution de cet indicateur est alors la suivante (graphique 7) :

Graphique 7 : Nombre d'incidents de santé déclarés



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=12 785, % pondéré).

Ainsi, près d'une personne sur deux ne déclare aucun incident de santé (48 %), 23 % en déclarent un, 14 % en déclarent deux et 15 % trois et plus. La post-enquête portera sur les actifs ayant déclaré au moins un incident de santé et qui citent par exemple être pris en charge pour une ALD ou une santé moyenne ou mauvaise.

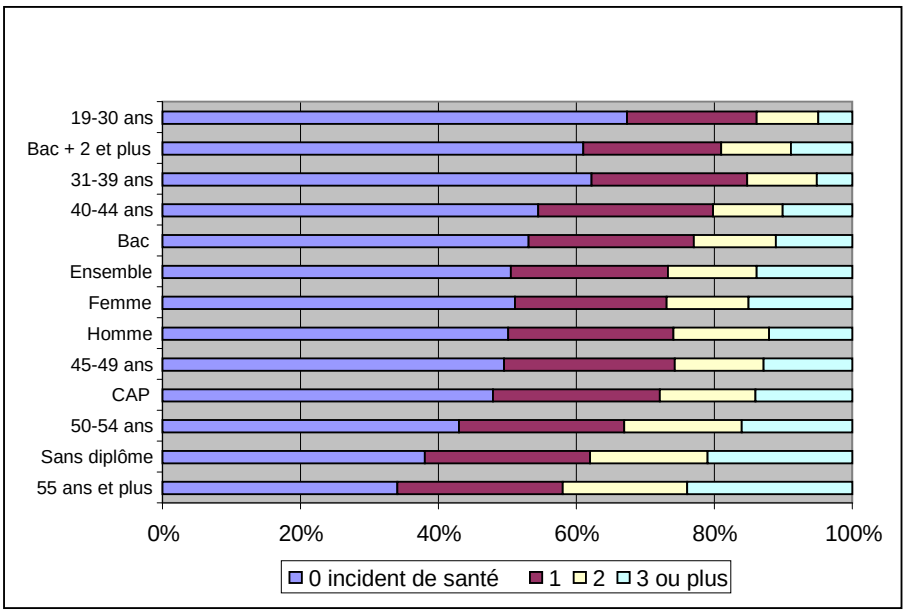
Si 27 % des personnes de notre échantillon déclarent deux incidents de santé ou plus, les prévalences les plus fortes sont obtenues pour les catégories suivantes (graphique 8) :

- 55 ans et plus (42 %).
- Sans diplôme (38 %).
- 50-54 ans (33 %).

Inversement, les moins fortes sont relatives aux catégories suivantes (graphique 8) :

- 19-30 ans (14 %).
- 30-39 ans (15 %).
- Bac + 2 et plus (19 %).
- Il est à noter que les catégories d'âge 19-39 ans sont également celles pour lesquelles les progressions des scolarités sont les plus nettes.

Graphique 8 : Nombre d'incidents de santé en fonction de l'âge, du sexe et du diplôme



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=12 785, % pondéré).

Les personnes âgées de 40 à 54 ans ont une prévalence proche de la moyenne. C'est ce groupe qui sera plus particulièrement étudié dans la suite de notre travail mais des différences apparaissent au sein de ce groupe, en particulier chez les 50-54 ans, et nous en tiendrons compte. En effet, la prévalence des 40-44 ans est de 21 %, celle des 45-49 ans de 26 % mais celle des 50-54 ans est nettement plus élevée (33 %).

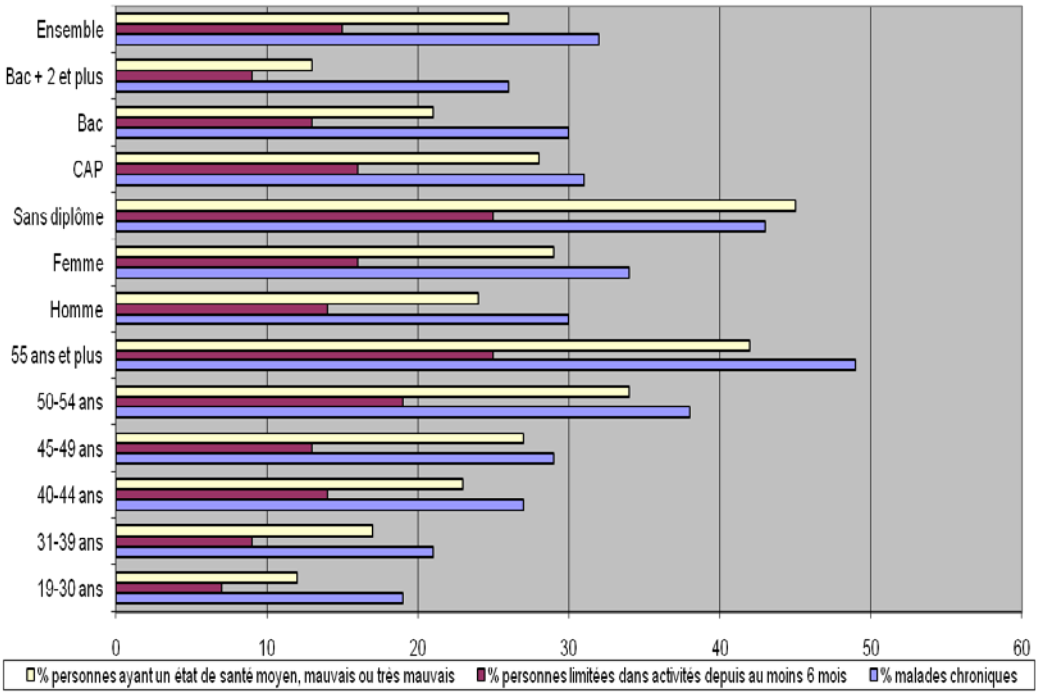
2.8. Santé actuelle (mini-module européen) et incidents de santé déclarés

Sur l'ensemble de notre échantillon (n= 12 785), 26 % déclarent une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise (respectivement 21 %, 4 % et 1 % en moyenne dans l'ensemble des enquêtés), 15 % déclarent être limités dans leurs activités depuis au moins six mois et 32 % une ou plusieurs maladies chroniques. Ces chiffres moyens recouvrent des disparités importantes selon le diplôme, l'âge ou le sexe (graphique 9).

- La santé actuelle dépend principalement de l'âge : un écart de trente points entre déclarations d'une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise des moins de 30 ans et des plus de 55 ans (18 % *versus* 48 %). Par ailleurs, la santé déclarée devient nettement moins bonne à partir de 50 ans.
- Le diplôme est également un facteur de différenciation très important : les personnes sans diplôme sont près de 45 % à déclarer une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise (26 % en moyenne), alors que les personnes possédant un diplôme supérieur à bac + 2 sont près de 12 %.
- Les femmes déclarent un peu plus souvent que les hommes une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise (29 % *versus* 24 %).

D'une façon générale, comme nous l'avons vu précédemment, ces résultats descriptifs sont à contrôler des effets conjoints de certaines modalités, telles que « jeunes » et « bac + 2 », par exemple.

Graphique 9 : Santé actuelle en fonction du diplôme, du sexe et de l'âge



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet (n=12 785, % pondéré).

Les déclarations de maladies chroniques actuelles ou de limitations importantes dans les activités « que les gens font habituellement » (plus de six mois) varient également selon l'âge, le diplôme et le sexe dans le même sens (graphique 9) :

- Avec l'âge, les déclarations de maladies chroniques ou de limitations importantes varient fortement : les plus de 55 ans déclarent dans un cas sur deux des maladies chroniques et dans un cas sur quatre des limitations importantes, alors que seuls 19 % et 7 % des moins de 30 ans sont concernés ; les déclarations des 40 ans à 50 ans sont assez proches de la moyenne.
- Les personnes sans diplôme sont celles qui sont les plus fragiles (25 % de limitations *versus* 15 % en moyenne et 43 % de maladies chroniques *versus* 32 %).
- Les femmes déclarent un peu plus souvent que les hommes des maladies chroniques et des limitations (resp. 34 % et 16% *versus* 30 % et 14 %).

Le nombre d'incidents de santé (défini précédemment) est un assez bon indicateur de cet état de santé à la date de l'enquête. En effet, parmi les personnes qui ne déclarent aucun problème de santé, seuls 8 % sont dans un état de santé moyen ou mauvais au moment de l'enquête, et, à l'opposé, parmi les personnes caractérisées par deux incidents ou plus, près de six sur dix sont dans un état de santé moyen ou mauvais.

En dehors des disparités évidentes liées à l'âge, de très fortes inégalités relatives au diplôme ont été mises en évidence. Les causes sont bien évidemment multiples et cumulatives : comportements néfastes à la santé, recours moindres aux soins, faiblesse des ressources économiques, modes de vie et habitudes alimentaires, conditions de travail et risques pour la santé liés à l'activité professionnelle, en particulier dans l'industrie. Les différences d'exposition aux risques professionnels en fonction

de la catégorie sociale seront étudiées plus particulièrement dans la suite de notre travail. Les inégalités sociales s'inscrivent dans les corps et s'expriment sous la forme d'inégalités face à la maladie et à la mort (Fassin, 1996 ; Leclerc, Fassin *et alii*, 2000).

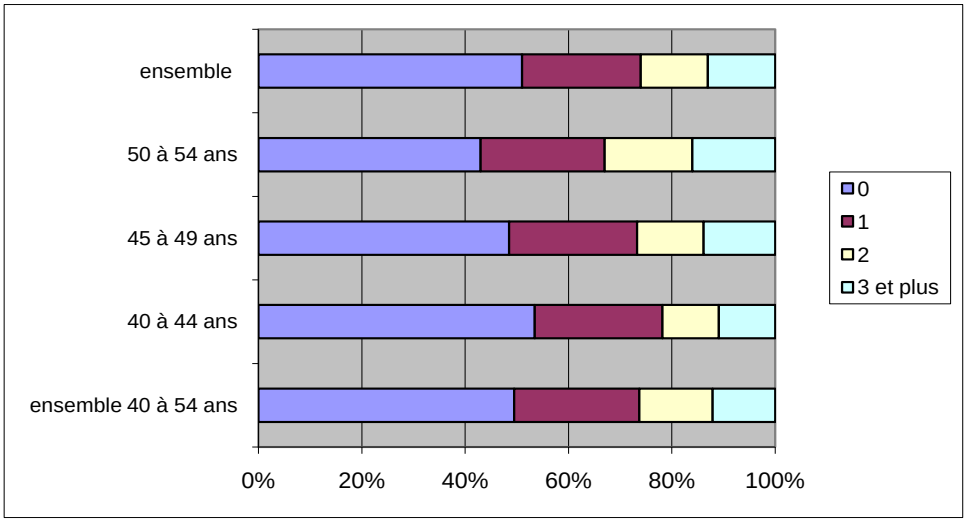
3. INCIDENTS DE SANTÉ ET TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES DES PERSONNES AGÉES DE 40 À 54 ANS

Notre projet est centré sur la période d'activité des 40 à 54 ans. Celles-ci présentent des prévalences moyennes – c'est-à-dire comparables à celles de l'ensemble des personnes interrogées – relativement aux incidents de santé (graphique 10). Il s'agit également de personnes non prises en charge par des dispositifs spécifiques (après 55 ans) et avant la décrue des taux d'activité liée aux sorties précoces d'activité. Mais, comme nous l'avons précisé précédemment, les différentes catégories d'âge (40 à 44 ans, 45 à 49 ans et 50-54 ans) feront l'objet d'une analyse détaillée.

3.1. Nombre d'incidents de santé et santé actuelle

Parmi les 40-54 ans, 49 % ne déclarent aucun incident de santé, 24 % en déclarent un seul, 14 % en déclarent deux et 12 % en déclarent trois ou plus de trois (soit 26 % qui déclarent deux événements de santé ou plus). Rappelons que des différences de prévalence, pour deux événements ou plus, apparaissent selon les groupes d'âge de notre échantillon : 21 % pour les 40-44 ans, 26 % des 45-49 ans et 33 % des 50-54 ans.

Graphique 10 : Incidents de santé des personnes âgées de 40 ans à 55 ans



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4308, % pondéré).

À partir des deux indicateurs (santé moyenne ou mauvaise et déclaration de deux incidents de santé ou plus), on peut résumer les principaux risques individuels.

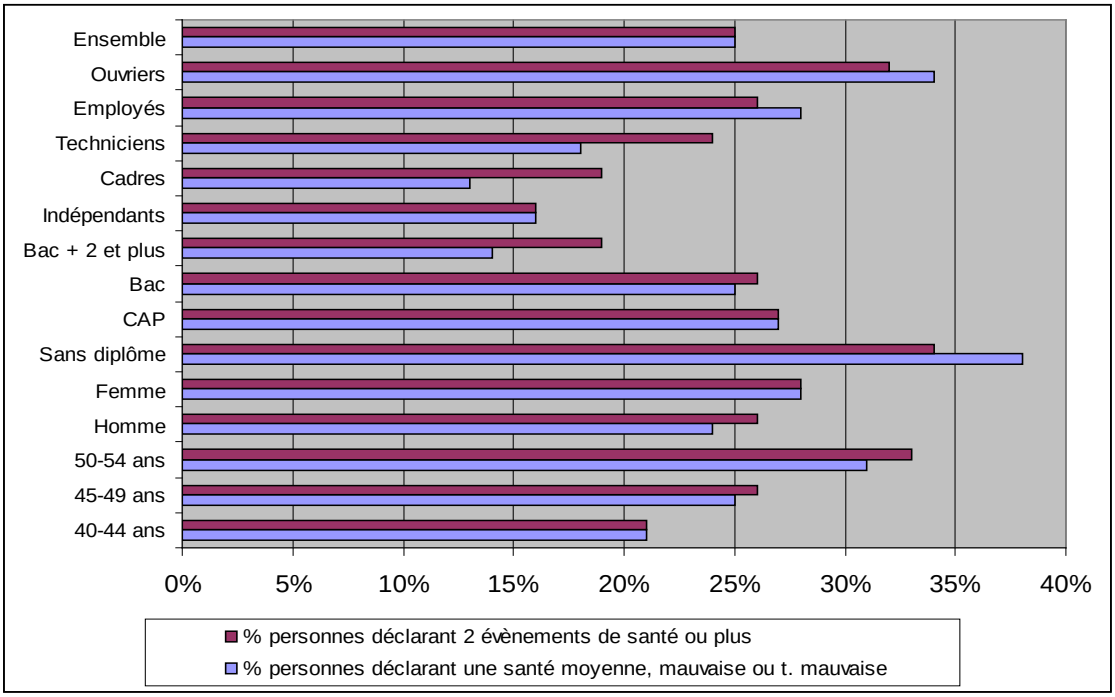
Tableau 2 : Principaux risques individuels entre 40 et 54 ans

	Poids de la catégorie	Santé moyenne, mauvaise ou t. mauvaise	Deux incidents ou plus
Ensemble		**26 %**	**25 %**
40-44 ans	33 %	21 % (-5)	21 % (-4)
45-49 ans	34 %	25 % (-1)	26 % (+1)
50-54 ans	33 %	31 % (+5)	33 % (+8)
Homme	48 %	24 % (-2)	26 % (+1)
Femme	52 %	28 % (+2)	28 % (+3)
Sans diplôme	21 %	38 % (+12)	34 % (+9)
CAP	38 %	27 % (+1)	27 % (+2)
Bac	17 %	25 % (-1)	26 % (+1)
Bac + 2 et plus	22 %	14 % (-12)	19 % (-6)
(Pour les actifs occupés)			
Ensemble		**25 %**	**23 %**
Indépendants	10 %	16 % (-9)	16 % (-7)
Cadres	15 %	13 % (-12)	19 % (-4)
Techniciens	23 %	18 % (-7)	24 % (+1)
Employés	30 %	28 % (+3)	26 % (+3)
Ouvriers	22 %	34 % (+9)	32 % (+9)

Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

Pour l'ensemble des 40 à 54 ans, on peut tout d'abord observer (tableau 2 et graphique 11) que ces deux indicateurs permettent d'isoler approximativement un quart de l'échantillon (dernier quartile, resp. 25 % et 26 %). Les moins exposés sont : les cadres et corrélativement les plus diplômés, les indépendants. À l'opposé, les plus exposés sont les « sans diplôme » ou les ouvriers, ainsi que les plus âgés. Les inégalités sociales de santé sont frappantes au sein des 40 à 54 ans : vingt-quatre points séparent les catégories « sans diplôme » et « bac + 2 » et plus et vingt et un points les ouvriers et les cadres.

Graphique 11 : Principaux risques individuels entre 40 et 54 ans



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

3.2. Trajectoires professionnelles des 40-55 ans

L'objet de ce projet étant d'analyser de quelle manière la santé contribue à la différenciation des parcours professionnels, les liens entre les incidents de santé et les transitions et ruptures professionnelles sont à étudier en priorité. L'enquête « SIP » décompose ainsi les parcours professionnels en séquences successives d'emplois longs (plus de cinq ans), courts (moins de cinq ans avec des périodes de chômage et d'inactivité de moins d'un an), de chômage (de plus d'un an) et d'inactivité (plus d'un an). Les transitions entre les séquences sont explorées par un questionnement spécifique, visant à mettre au jour les interférences avec la séquence précédente (conditions de travail, état de santé…) ainsi que l'impact des événements présents. L'analyse s'appuiera sur l'identification des séquences successives, permise par la structure de l'enquête, afin de comprendre les enchaînements d'une séquence à l'autre.

Quelques variables résumées des parcours professionnels ont d'abord été sélectionnées : un résumé des parcours, les catégories sociales associées aux emplois occupés (premier et actuel et un indicateur de mobilité) et les conditions de travail dans l'emploi actuel.

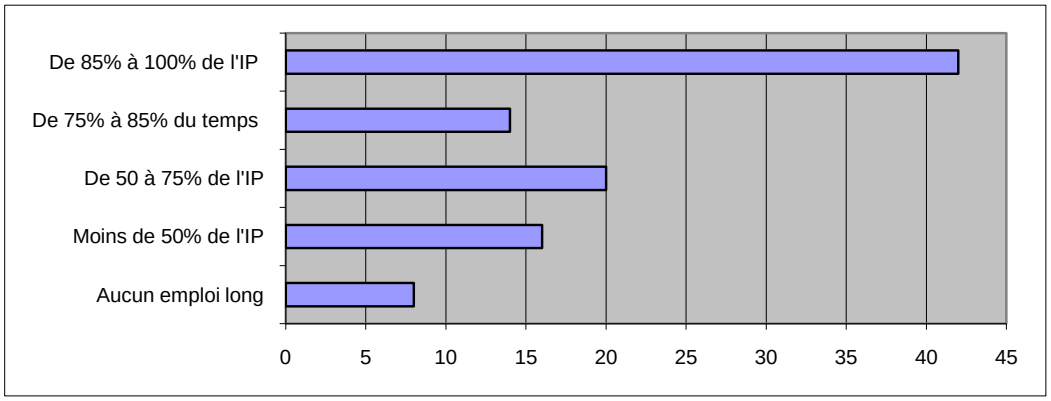
3.2.1. Résumé des périodes

Les emplois longs

La distribution des emplois longs (pourcentage du temps passé en emplois longs dans l'itinéraire professionnel (IP)) montre que 8 % des personnes n'ont occupé aucun emploi long et 16 % ont eu des emplois longs qui n'ont occupé que moins de la moitié de leur IP (graphique 12). Par la suite, la

fragilité d'un IP sera appréhendée par cet indicateur (moins de 50 % du temps en emplois longs) que nous complèterons par d'autres. Au total, 24 % des personnes âgées de 40 à 54 ans sont donc concernées.

Graphique 12 : Temps passé en emplois longs

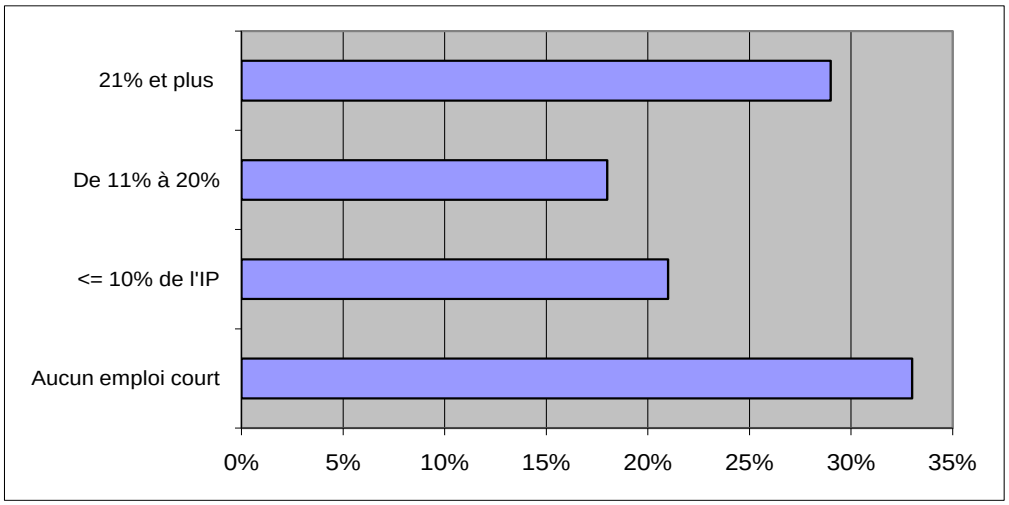


Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré).

Les emplois courts

La distribution des emplois courts (pourcentage du temps passé en emplois courts dans l'IP) montre que 32 % des personnes n'ont occupé aucun emploi court et, à l'opposé, 29 % ont eu des emplois courts qui représentent plus de 21 % de leur IP (graphique 13). Un autre indicateur de fragilité de l'IP peut être défini par cette dernière catégorie : plus de 21 % de l'IP en emplois courts (29 % des 40 à 55 ans).

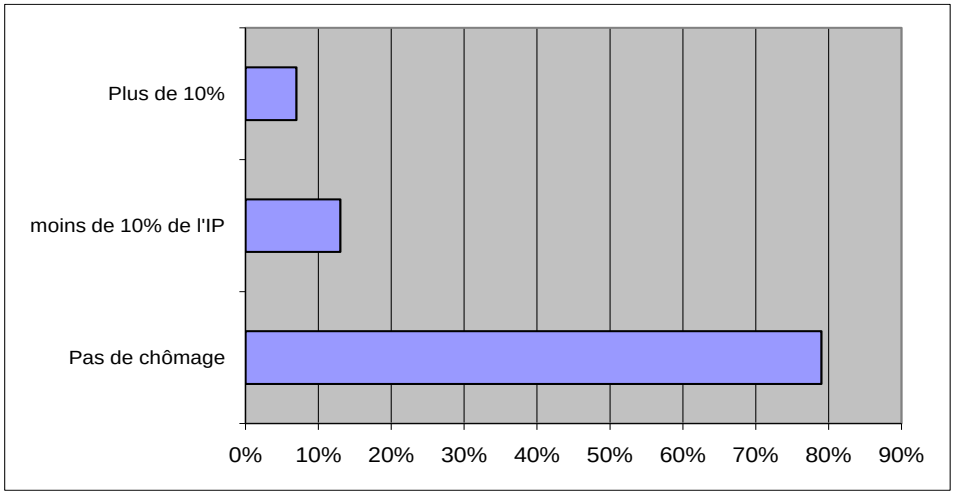
Graphique 13 : Temps passé en emplois courts



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré).

Le chômage (pourcentage du temps passé au chômage dans l'IP)

Graphique 14 : Temps passé au chômage de plus d'un an

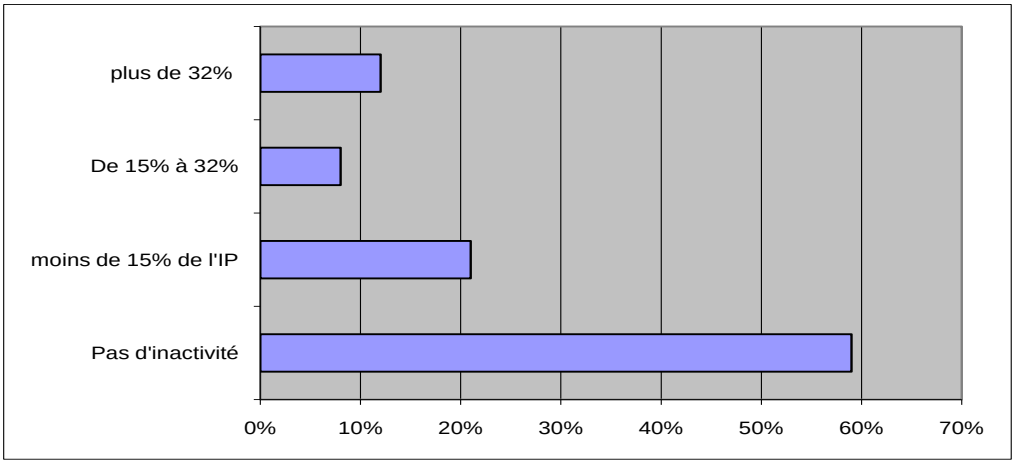


Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré).

Ainsi, près de 20 % des personnes de 40 à 54 ans ont connu le chômage au cours de leur IP (graphique 14).

L'inactivité (pourcentage du temps passé en inactivité)

Graphique 15 : Temps passé en inactivité



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré).

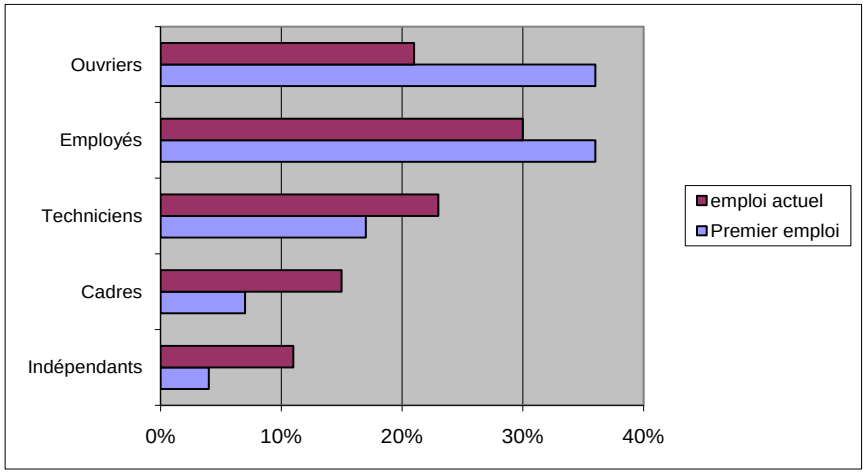
40 % des personnes de 40 à 54 ans ont connu des périodes d'inactivité au cours de leur IP (graphique 15). Il s'agit presque exclusivement de femmes (89 %). Les employées sont également surreprésentées.

3.2.2. Les emplois occupés

L'emploi à la date de l'enquête et le premier emploi

Globalement, entre le premier emploi et l'emploi occupé à la date de l'enquête, des mobilités apparaissent avec une structure des emplois dans laquelle la proportion d'ouvriers passe de près de 35 % à 20 % et corrélativement celle de cadres de 8 % à 18 % (graphique 16)

Graphique 16 : Emplois occupés



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

Carrières ascendantes et descendantes

Les mobilités ascendantes sont définies à partir du schéma ci-dessous (Coutrot, Rouxel, Bahu, Herbet, Mermillod, 2010) :

Graphique 17 : Mobilités professionnelles à partir du premier emploi et de l'emploi actuel ou du dernier emploi

<table>
<tr><th>Emploi actuel ou dernier emploi

Premier emploi</th><th>Agriculteur</th><th>Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise</th><th>Cadre et profession intellectuelle</th><th>Professions intermédiaires</th><th>Employé</th><th>Ouvrier</th></tr>
<tr><td>Agriculture</td><td colspan="2" rowspan="2">Stationnaire Indépendant
(Total : 2%)</td><td colspan="2" rowspan="2">Mobilité Ascendante
(Total : 22%)</td><td colspan="2" rowspan="4">Mobilité Descendante (Total : 5%)</td></tr>
<tr><td>Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise</td></tr>
<tr><td>Cadre et profession intellectuelle</td><td rowspan="2">Mobilité descendante</td><td colspan="2">Stationnaire catégorie supérieure (Total : 18%)</td><td>Mobilité Descendante</td></tr>
<tr><td>Profession intermédiaire</td><td>Stationnaire catégorie supérieure</td><td>Mobilité Ascendante</td><td>Stationnaire catégorie supérieure</td></tr>
<tr><td>Employé</td><td>Stationnaire catégorie inférieure</td><td colspan="3">Mobilité Ascendante</td><td colspan="2">Stationnaire catégorie inférieure (Total : 53%)</td></tr>
</table>

Source : enquête SIP, 2006.

Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

3.2.3. Horaires et conditions de travail

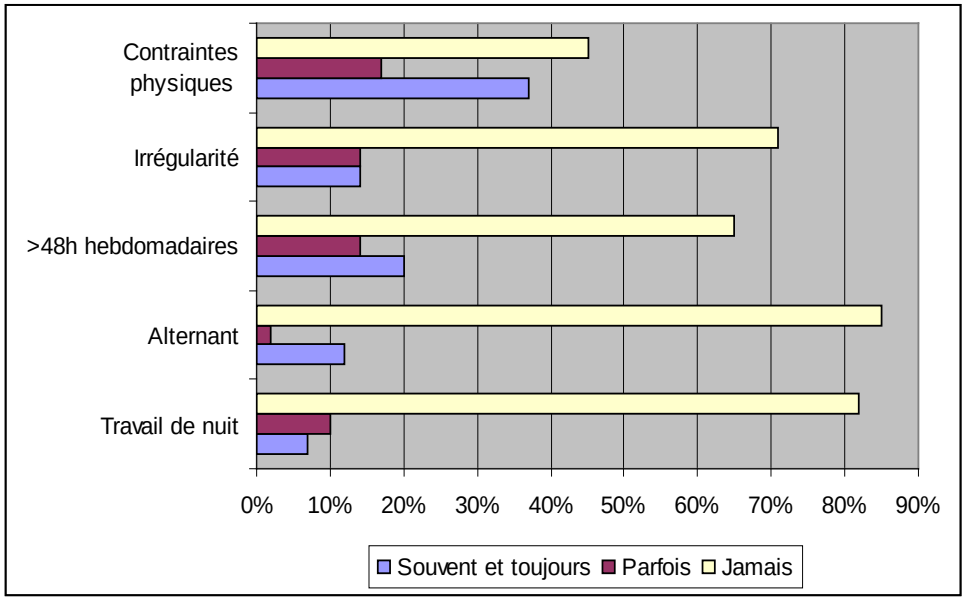
Les horaires de l'emploi principal, la régularité ou non de ces horaires, le mode de détermination, les horaires atypiques sont les principales variables de l'enquête qui décrivent l'organisation du temps de travail. La question sur les contraintes physiques nous donne également une indication sur les conditions de travail.

En ce qui concerne les horaires atypiques, ils se développent depuis une vingtaine d'années avec des caractéristiques sociales bien identifiées : des horaires flexibles réservés aux ouvriers et employés et des horaires extensifs (longs) mais relativement réguliers pour les cadres et professions libérales.

Le travail de nuit concerne 17 % des enquêtés et 14 % ont des horaires alternants.

Les horaires longs : 34 % ; irrégularité : 28 % et contraintes physiques : 54 %.

Graphique 18 : Horaires et conditions de travail



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

3.3. Synthèse des principaux risques individuels et professionnels sur la santé

L'analyse économétrique « toutes choses égales par ailleurs » a été conduite à l'aide de modélisations de type logit pour deux indicateurs de santé (tableaux 3 et 4), d'une part pour l'ensemble des 40 à 54 ans, d'autre part pour les actifs occupés.

Les résultats, tout en étant assez conformes aux analyses descriptives, permettent de les enrichir. Ainsi, l'impact de la catégorie sociale et du diplôme est plus élevé dans le modèle expliquant l'état de santé actuel. En outre, les horaires et conditions de travail de l'emploi actuel des actifs occupés absorbent une part non négligeable des effets mis en évidence précédemment.

Dans le premier modèle relatif à l'ensemble des 40 à 54 ans, les modalités significatives d'un plus mauvais état de santé actuel que celui correspondant à la situation de référence sont :

- Être sans emploi (*odds ratio* (OR)= 1,6), être sans diplôme (OR = 1,4), être âgé de 50 à 54 ans (1,3)

Celles associées à un meilleur état de santé sont :

- Bac + 2 et plus (OR=0,45) et être âgé de 40 à 44 ans (OR=0,8).

S'agissant de modéliser le fait d'avoir déclaré deux événements de santé ou plus, toutes choses égales par ailleurs (cf. la situation de référence), les résultats sont comparables mais avec des effets de moindre intensité.

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des risques sur la santé pour les personnes âgées de 40 à 54 ans

	Poids de la catégorie	Santé moyenne mauvaise ou t. mauvaise	*Odds ratio*	Déclare deux incidents ou plus	*Odds ratio*
Ensemble		26 %		27 %	
40-44 ans	33 %	21 %	0,8 ***	21 %	0,8 ***
45-49 ans (réf.)	34 %	25 %		26 %	
50-54 ans	33 %	33 %	1,3 ***	33 %	1,4 ***
Homme	48 %	24 %	n.s	26 %	n.s
Femme (réf.)	52 %	28 %		28 %	
Sans diplôme	21 %	38 %	1,4 ***	34 %	n.s
CAP (réf.)	38 %	27 %		27 %	
Bac	17 %	25 %	n.s	26 %	n.s
Bac + 2 et plus	22 %	14 %	0,45 **	19 %	0,7 ***
Sans emploi à la date de l'enquête	27 %	35 %	1,6 ***	31 %	n.s

Source : enquête SIP, 2006.

Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs (à âge, sexe et niveau de diplôme donnés), le risque d'avoir une santé moyenne mauvaise ou très mauvaise est multiplié par 1,6 si la personne est sans emploi plutôt qu'en emploi.

* : *odds ratio* significatif au seuil de 10% ; ** *odds ratio* significatif au seuil de 5% ; *** *odds ratio* significatif au seuil de 1%.

Dans le deuxième modèle, sur l'ensemble des actifs occupés âgés de 40 à 54 ans et en introduisant aussi le parcours professionnel et les conditions de travail dans les variables explicatives, les modalités significatives d'un plus mauvais état de santé que celui correspondant à la situation de référence sont :

- Avoir un travail physiquement et psychiquement exigeant (OR= 1,6), avoir été plus d'un an au chômage (OR = 1,4), être âgé de 50 a 54 ans (1,3), avoir eu peu d'épisodes d'emploi long (OR=1,3), travailler la nuit (OR=1,2).

Celles associées à un meilleur état de santé sont :

- 40 à 44 ans (OR=0,7), occuper un emploi de cadre (OR=0,6) ou profession intermédiaire (OR=0,7) ou indépendant (OR=0,6).

S'agissant de modéliser le fait d'avoir déclaré deux ou plus de deux incidents de santé, toutes choses égales par ailleurs (cf. la situation de référence), les modalités significatives associées à une fréquence plus élevée sont très proches des précédentes mais avec une intensité moindre.

Un autre résultat également bien connu : les femmes déclarent plus souvent que les hommes des problèmes de santé mais les écarts constatés ne sont pas significatifs.

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des risques sur la santé pour les actifs occupés âgés de 40 à 54 ans

	Poids de la catégorie	Santé moyenne mauvaise ou t. mauvaise	*Odds ratio*	Déclare deux incidents ou plus	*Odds ratio*
Ensemble		24 %		25 %	
40-44 ans	34 %	19 %	0,7 ***	20 %	0,8 **
45-49 ans (réf.)	35 %	23 %		25 %	
50-54 ans	31 %	29 %	1,3 ***	31 %	1,4 ****
Homme	52 %	23 %	n.s	24 %	n.s
Femme (réf.)	48 %	25 %		26 %	
Sans diplôme	19 %	31 %	n.s	31 %	n.s
CAP (réf.)	39 %	26 %		27 %	
Bac	17 %	22 %	n.s	25 %	n.s
Bac + 2 et plus	23 %	13 %	0,7 **	20 %	n.s
Indépendants	10 %	16 %	0,6 ***	16 %	0,5 ***
Cadres	15 %	13 %	0,60 ***	19 %	n.s
Techniciens	23 %	18 %	0,7 **	24 %	n.s
Employés (réf.)	30 %	28 %		26 %	
Ouvriers	22 %	34 %	n.s	32 %	n.s
Travail de nuit	17 %	28 %	1,2 *	28 %	1,2 **
+ de 48h hebdo	34 %	20 %	n.s	22 %	n.s
Travail exigeant physiquement	54 %	67 %	1,6 ***	64 %	1,6 ***
Horaires irréguliers	27 %	25 %	n.s	25 %	n.s
Inactivité (+ de 15 % IP)	20 %	31 %	n.s	28 %	n.s
Périodes chômage de longue durée	20 %	31 %	1,4 **	31 %	1,4 **
Emplois courts (+ 20 % IP)	29 %	27 %	n.s	30 %	1,3 ***
Peu d'emplois longs (- de 50 % IP)	24 %	32 %	1,3 *	30 %	n.s
Nombreux épisodes dans IP	25 %	25 %	n.s	27 %	n.s

Source : enquête SIP, 2006.

Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs (à âge, sexe, niveau de diplôme, catégorie socioprofessionnelle, types d'horaires de travail donnés), le risque d'avoir une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise est multiplié par 1,35 si la personne a connu au moins une période de chômage de longue durée (supérieure à un an).

* : *odds ratio* significatif au seuil de 10% ; ** *odds ratio* significatif au seuil de 5% ; *** *odds ratio* significatif au seuil de 1%.

******

Les principaux résultats du chapitre 1 peuvent être résumés comme suit :

- Après avoir étudié les problèmes de santé, handicaps et accidents des personnes interrogées et plus particulièrement de celles âgées de 40 à 54 ans à la date de l'enquête en 2006, nous avons sélectionné quelques indicateurs résumant les domaines suivants : les caractéristiques individuelles, l'état de santé actuel, l'ensemble des incidents de santé (problème, handicaps ou accidents), les parcours professionnels et les caractéristiques de l'emploi actuel des actifs occupés.
- Déclarer un état de santé actuel moyen, mauvais ou très mauvais semble un indicateur plus discriminant que déclarer deux incidents de santé ou plus. L'enquête qualitative confirme également ce résultat.
- La probabilité de déclarer un état de santé actuel moyen, mauvais ou très mauvais diminue significativement avec le plus jeune âge, l'augmentation du niveau de diplôme et l'accès à l'emploi, toutes choses égales par ailleurs.
- Les inégalités de santé diffèrent aussi en fonction du sexe : les femmes ont un taux de mortalité moins élevé que les hommes et un taux de morbidité paradoxalement plus élevé. Elles se déclarent plus souvent malades que les hommes, mais la différence n'est pas significative si l'on contrôle, l'âge, le diplôme et l'accès à l'emploi.
- Toutes choses égales par ailleurs, sur l'ensemble des actifs occupés âgés de 40 à 54 ans, les inégalités d'âge et de diplôme sont toujours aussi marquées. Les cadres et techniciens déclarent une meilleure santé que les ouvriers et employés. Les effets délétères d'un travail exigeant physiquement et psychiquement sont également mis en évidence. Quant aux contraintes horaires, elles ne sont pas corrélées significativement à l'état de santé actuel, à l'exception du travail de nuit. À l'inverse, de nombreuses périodes de chômage long et de faibles périodes d'emplois longs sont corrélées positivement à un mauvais état de santé

Avant de compléter l'analyse quantitative des inégalités de santé par la description fine des trajectoires professionnelles et des typologies construites, nous analyserons de manière compréhensive l'impact des événements de santé sur les parcours de vie à partir des données issues de la post-enquête.

Chapitre 2

LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ ET LEUR IMPACT

Depuis plusieurs années, les recherches sociologiques sur les bifurcations se sont développées en France. Elles sont liées au développement des méthodes longitudinales, statistiques ou qualitatives (méthode biographique), qui permettent d'appréhender la diversification des parcours d'une cohorte (de jeunes, de salariés...). Issues des récents développements des méthodes biographiques mais aussi des débats et de la demande sociale (insertion, sécurisation des parcours professionnels…), ces thématiques commencent à se constituer en un champ de recherche à part entière en France. Ce champ de recherche s'est développé plus précocement à l'étranger si l'on songe aux travaux de l'École de Chicago ou encore aux premières enquêtes statistiques longitudinales menées dès les années 1950[7] aux États Unis. Les apports de la sociologie des parcours de vie et les récents développements des travaux sur les bifurcations ont été mobilisés pour analyser l'impact des événements de santé sur les trajectoires professionnelles.

1. LA SOCIOLOGIE DES PARCOURS DE VIE

La sociologie des parcours de vie, qualifiée de paradigme par C. Lalive d'Épinay (Lalive d'Épinay, 2005), appréhende les parcours individuels de manière multidimensionnelle. Chaque parcours se compose de plusieurs trajectoires : familiale, professionnelle, résidentielle, de santé, etc. Chacune d'entre elles possède une autonomie relative en ce sens qu'elle s'inscrit dans un calendrier institutionnel qui lui est propre (Kohli, 1985) et que des événements spécifiques y surviennent (licenciement, opportunités professionnelles, diagnostic d'une pathologie, violence conjugale, maladie ou décès d'un proche…). Ces différentes trajectoires sont néanmoins interdépendantes du fait des ressources mobilisées, des contraintes réciproques et de l'entrelacement des temporalités (Saraceno, 1989). Dans le cadre de la post-enquête, nous avons retenu trois trajectoires : les trajectoires professionnelles et de santé – objet de l'enquête SIP – auxquelles nous avons adjoint la trajectoire familiale lors des entretiens. Les interactions entre ces trois trajectoires forment la trame des parcours de vie analysés dans cette recherche.

Les deux enquêtes longitudinales *Berkeley Growth Guidance* et *Oakland Growth Study*, initiées dans l'entre-deux-guerres aux États-Unis, ont permis de suivre sur la longue période des cohortes nées dans les années 1920 ayant vécu successivement la dépression des années 1930, la Seconde Guerre mondiale, la Guerre de Corée, la croissance économique d'après-guerre et le mouvement des droits civiques. L'exploitation des données de ces deux enquêtes a donné lieu à des recherches, dont celle de G. Elder qui a mis en évidence les interactions entre les parcours individuels et le contexte historique. Les travaux fondateurs de G. Elder sur la différenciation des parcours de deux cohortes de personnes nées respectivement au début et à la fin des années 1920, qui ont subi les effets de la grande dépression pendant leur enfance, mettent en avant quatre principes qui structurent le paradigme des parcours de vie (Elder, 1999) :

1) *space time location* : les parcours individuels sont façonnés par les événements historiques.

2) *timing :* ces événements ont des impacts différents sur les parcours individuels selon le moment précis du parcours individuel au cours duquel ils surviennent (les parcours des individus nés à la fin des années 1920 ont été plus affectés que ceux des individus nés au début de la décennie) :

---

[7] *Berkeley Growth and Guidance Study* débutée en 1928, *Oakland Growth Study* en 1931, *Seattle Longitudinal Study* en 1956, dirigée par W.K. Schhaie.

3) *linked lives :* les existences individuelles sont interdépendantes. Les événements sont médiatisés par les relations sociales.

4) *human agency :* les individus ont une capacité d'action dans le cadre du système de contraintes et d'opportunités.

Les trois derniers de ces principes ont été mobilisés pour analyser l'impact des événements de santé sur les parcours individuels.

2. UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ TEMPORELLE

Les travaux récents de M. Grossetti plaident pour la prise en compte des événements contingents au même titre que des régularités sociales dans l'analyse des dynamiques sociales (Grossetti, 2004). Pour lui, la sociologie s'est construite historiquement comme science en France sur le modèle des sciences physiques et naturelles où des modèles déterministes s'appuyant sur la « loi des grands nombres » ont permis d'éliminer la contingence. La contingence est rejetée à la marge et traitée comme un résidu qui n'intervient pas dans le devenir historique.

M. Grossetti propose d'enrichir l'analyse du changement social en considérant que les deux catégories d'analyse – la régularité des séries et la contingence – peuvent être mobilisées successivement. Le déroulement des processus sociaux comporte des séquences de nature différente : des séquences prévisibles où les modes d'analyse traditionnels ont toute leur pertinence et des séquences provoquées par des événements plus ou moins imprévisibles. Ces deux catégories d'analyse ne sont pas antagoniques mais complémentaires.

Le degré de prévisibilité des incidents de santé dépend de l'échelle d'analyse retenue. À l'échelle macro-sociologique, les inégalités de santé sont telles que l'on observe des régularités[8] assorties de probabilités d'occurrence variant selon la qualification, l'emploi occupé, l'âge ou encore le sexe. À l'échelle microsociologique des parcours individuels, l'irruption d'une pathologie ou d'un accident qui modifie le déroulement de l'existence est perçue par l'individu comme une situation qui n'est pas nécessairement imprévisible mais qui, dans tous les cas, introduit une discontinuité temporelle. Il en est de même pour certains symptômes invalidants liés à des maladies chroniques pour lesquelles la date d'apparition du symptôme n'est pas prévisible.

Le modèle d'analyse mobilisé ici pour analyser les entretiens des salariés s'est centré principalement sur l'hypothèse d'une hétérogénéité temporelle. Le temps peut être décomposé en séquences de durée inégale. Des temps longs, où règne une relative permanence, stabilisée par des routines, alternent avec des séquences brèves marquées par un évènement qui est susceptible de remettre en cause l'équilibre antérieur (Javeau, 2006).

3. LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ

La notion d'« événement » est polysémique. Elle a été mobilisée en premier lieu par les historiens avant de questionner plus récemment la sociologie[9]. Les historiens mettront l'accent sur les rythmes : « L'événement, c'est donc d'abord ce qui est nouveau, ce qui déchire l'ordre établi, ce qui prend de l'importance. Bref : l'événement, c'est d'abord ce qui introduit une « coupure », une discontinuité dans la continuité du temps (…) L'événement est d'abord et surtout une déconstruction du temps » (Bertrand, 2010, p. 40).

---

[8] Par exemple, l'occurrence d'accidents du travail pour les hommes ouvriers et leur faible fréquence pour les femmes cadres, ou encore l'inégale répartition des cancers professionnels. *Cf. supra* : Chapitre 1-Les inégalités de santé.

[9] *Cf. supra* : 2. Une hétérogénéité temporelle.

La sociologie et l'anthropologie souligneront l'importance du sens subjectif qui lui est conféré. L'événement n'est qu'apparemment une « donnée « neutre » » définie comme « ce qui advient dans un lieu déterminé à une certaine date », car tout fait ne devient pas nécessairement événement. « Il faut que ce qui advient puisse se détacher de la monotonie des choses qui passent et se couper d'elles. Il faut que ce qui advient nous frappe et nous touche » (Bastide, 2008, p. 5). Ces deux approches mettent en évidence trois dimensions qui se retrouvent à des degrés divers dans les différentes conceptualisations de l'événement : la discontinuité temporelle, l'importance d'un fait pour le groupe ou l'individu concerné et la perception que celui-ci rompt les routines antérieures. Ces dimensions ne prennent sens que par rapport au contexte sociohistorique au sein duquel le fait survient. Ainsi, pour A. Bensa et E. Fassin, l'événement n'existe que par sa signification. Il est « une rupture d'intelligibilité » (Bensa, Fassin, 2006, p. 177). Il introduit une frontière entre deux séries : un avant, où prévalaient certaines grilles de lecture de la réalité et certains modes d'action routiniers, et un après en devenir. Entre les deux se situe le temps court de l'événement où domine l'incertitude. Dans le cas des événements de santé, celle-ci peut porter sur l'évolution de la pathologie (cancer, dépression majeure, sclérose en plaques..), sur l'ampleur de la souffrance qu'elle génère, ainsi que sur son issue. Par rapport à un questionnaire, l'atout de la méthode qualitative par entretiens biographiques est de déstandardiser les problèmes de santé en les contextualisant par l'adoption d'une posture compréhensive. C'est en ce sens que la post-enquête se révèle complémentaire de l'exploitation statistique.

La maladie ayant été définie comme une expérience négative vécue par l'individu, qui altère ses capacités physiques et psychiques d'agir dans le contexte social qui est le sien, la qualification d'un problème de santé en évènement ne peut s'effectuer que de manière compréhensive à partir du récit *a posteriori* qu'en fait l'enquêté. Ainsi, un même problème de santé aura une portée très différente selon son contexte d'apparition et la perception qu'en a l'enquêté. Une fracture du tibia, par exemple, peut ne représenter qu'un incident de parcours dans la carrière d'un salarié en CDI ou d'un fonctionnaire, alors qu'elle constitue un événement pour une femme peu qualifiée qui vient de trouver une mission en CDD ou pour Antonio Rodrigues qui vient de s'installer en tant qu'artisan après une longue période de chômage.

Antonio Rodrigues, maçon, a été licencié à la suite de la fermeture de l'entreprise où il a travaillé pendant vingt-sept ans. Pendant deux ans, il a cherché sans succès un emploi salarié puis décide de s'installer à son compte :

> « J'ai été faire la tournée des anciens clients et ça a commencé comme ça. Du bouche à oreille et c'est parti comme ça ! »

Alors que les commandes commencent à arriver, Antonio Rodrigues se casse une jambe sur un chantier. La fracture est sévère, il doit rester immobilisé pendant quatre mois. Cette longue période d'immobilisation met en péril son entreprise.

Dans d'autres cas, c'est l'emploi salarié qui est menacé. Ainsi, Isabelle Deshayes suit une formation pour laquelle elle est très motivée lorsqu'elle a une première crise d'angoisse :

> « Ça m'est tombé dessus, je m'en rappelle. Comme ça ! C'est terrible parce que j'étais assise là, ça allait, et tout à coup une crise d'angoisse monstrueuse… mais monstrueuse, l'attaque de panique ! Je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. Ça s'est traduit par de la claustrophobie. À chaque fois que je prenais le métro, attaque de panique. Donc, je ne pouvais plus le prendre, ce n'était pas possible, c'était trop violent comme sensation physique. »

Le médecin lui donne un traitement. Après trois semaines d'arrêt, elle peut reprendre le métro et sa formation et obtient son diplôme sans problème. Après avoir occupé différents emplois précaires pendant plusieurs années, elle se stabilise dans un emploi fort lucratif. Une restructuration entraîne la suppression de son poste. Grâce à ses relations, la DRH lui propose un poste équivalent dans une autre entreprise.

> « Un poste en or ! Je crois qu'en France il n'y a pas mieux, et là en plus c'était à la présidence ».

Elle effectue une première journée au cours de laquelle l'ambiance est très, très tendue en raison de la préparation d'un évènement médiatique le surlendemain. Elle sort épuisée de cette journée. Le lendemain matin, elle est assaillie par une nouvelle crise d'angoisse :

> « J'étais trop stressée pour y aller. Je ne pouvais pas. Un stress violent qui décide à votre place de votre vie ; vous n'êtes pas maître de vos décisions, c'est votre stress qui décide pour vous. C'est difficile à expliquer… Je crois qu'il faut l'avoir ressenti. »

Dans ces deux cas, les incidents de santé ne peuvent pas être réifiés. Leur enjeu est lié à la signification qu'ils ont pour les acteurs. Ils doivent être rapportés au contexte socio-temporel au cours duquel ils surviennent. La fracture d'Antonio Rodrigues arrive au plus mauvais moment qui soit pour lui. Il vient de sortir d'une période de chômage au cours de laquelle il a beaucoup déprimé ; il a longtemps hésité à s'installer à son compte… et au moment où les commandes commencent à arriver, il est contraint d'interrompre un chantier et risque d'annuler les autres commandes. Ce problème de santé est crucial pour lui à ce moment précis de son existence. Faute de trouver une solution, que la solidarité familiale lui fournira finalement, il risque de repasser par la case « chômage », cette fois-ci non indemnisé. La situation d'Isabelle Deshayes est encore plus pertinente pour notre propos. Une même pathologie, une intense crise d'angoisse, est perçue par Isabelle Deshayes la première fois comme un douloureux incident de parcours, alors que le deuxième épisode est un événement majeur lourd de signification.

La posture adoptée pour qualifier un évènement de santé repose sur la subjectivité *a posteriori* de l'enquêté. Une telle posture compréhensive a été parfois difficile à tenir, notamment lorsque des pathologies que nous jugions de notre point de vue mineures (une sinusite chronique ou une douleur au genou) apparaissaient prendre de l'importance dans certains récits, alors qu'elles étaient négligeables dans d'autres. À l'inverse, certaines pathologies nous ont semblé fortement handicapantes (des acouphènes), alors que ce n'était pas le cas pour l'enquêté. Nous avons néanmoins veillé à suspendre notre jugement, tant au moment de l'enquête que lors de l'analyse, et à tenir le cap d'une posture compréhensive. La distinction que nous avons opérée entre incidents et événements de santé reflète cette démarche. Elle nous a permis de tracer une frontière au sein de l'ensemble des incidents de santé entre ceux pour lesquels l'individu dispose de moyens habituels pour l'affronter et ceux pour lesquels de nouvelles modalités d'action sont à mettre en place. La définition retenue dans la post-enquête est plus restrictive que celle des incidents de santé retenue pour l'exploitation statistique de l'enquête SIP car elle renvoie à l'importance subjective des faits pour les acteurs et à leur contexte d'apparition.

4. DES « MOMENTS FATIDIQUES »

Ainsi définis, les événements de santé ouvrent une nouvelle séquence temporelle que nous qualifierons à la suite d'Anthony Giddens de « moment fatidique » (Giddens, 1991). D'autres auteurs ont utilisé d'autres notions, telles que « latence » (Negroni, 2007) ou « moment critique » (Sotteau-Léomant, 2007). Quel que soit le terme utilisé, il fait référence à l'ouverture d'une séquence d'incertitude au sein de laquelle les repères habituels de l'action font défaut. Nous retiendrons celui d'Anthony Giddens en raison de son apport sur l'importance de la réflexivité que ces moments suscitent.

4.1. Les maladies

François Fresnay est responsable d'un service de voirie dans une municipalité importante. Il est marié et a deux enfants. Il est fier de sa carrière.

> « J'ai joué le jeu de la carrière rapide ».

D'un poste de conducteur de travaux à ses débuts, il a accédé en moins de dix ans à la direction d'une équipe de soixante-dix personnes. Dans ce poste, il est soumis aux fortes exigences – parfois contradictoires – des élus et à la violence des relations professionnelles avec le maire. La pression est constante et s'accentue au fil des années.

> « L'emploi que j'occupais était un emploi à responsabilités qui m'avait amené à consacrer beaucoup de temps et d'énergie à mon métier au détriment du reste. »

Des tensions au sein du couple se font jour depuis plusieurs années et s'accentuent progressivement.

> « Quand, en parallèle dans sa vie privée, on peut rencontrer déjà des difficultés… les deux s'additionnant, c'est forcément déstabilisant. Et les deux faisant que, à un moment donné, on atteint ses limites et on craque… »

Lorsque l'action ne peut plus s'inscrire dans les routines qui la structuraient et la sécurisaient, s'ouvre alors une période d'incertitude au cours de laquelle l'acteur a à effectuer un véritable travail de réflexivité (Giddens, 1991). Il passe par plusieurs étapes, plus ou moins longues selon les cas.

La première étape est l'identification de ces moments fatidiques. L'individu est amené à reconnaître que sa capacité d'action est entravée et que les choses ne peuvent plus continuer comme avant. Cette identification s'impose parfois rapidement, car elle est liée à la réalité des faits, comme dans le cas de la fracture d'Antonio Rodrigues ou de la crise d'angoisse qui décide à la place d'Isabelle Deshayes. Dans d'autres cas, l'identification est le fruit d'un travail réflexif. François Fresnay met un certain temps à identifier les troubles qu'il ressent comme une dépression :

> « Quand on est dans cet état, on a tendance à minimiser systématiquement. On ne veut pas reconnaître qu'on a décroché, on ne se l'avoue pas à soi-même (…) Ça paraît toujours un peu tabou de dire : "ben oui j'ai une dépression", c'est pas une maladie honteuse, c'est pas forcément d'ailleurs une maladie, ça ne s'attrape pas. C'est un état de santé, un état d'esprit, et ce qui compte c'est de savoir reconnaitre que l'on est faible à ce moment là… pour pouvoir trouver une solution à notre problème ».

L'usage systématique du « on » et du « nous » lorsque François Fresnay relate le déroulement de sa dépression contraste avec le « je » qu'il emploie pour se situer dans son couple et dans son emploi. Il tend ainsi à euphémiser l'absence de maîtrise sur son existence.

> « Mais on se le dit parce que… parce qu'on finit par se regarder dans le miroir un jour, je dirais un moment de conscience… on a un moment de conscience. Et il faut avoir cet élément salutaire à un moment (…) à partir du moment où on le reconnaît, c'est qu'on commence à en sortir ».

Cette prise de conscience s'effectue individuellement. Ce n'est qu'après que François Fresnay ira voir un médecin. Il n'a ni de lieu où parler, ni le souhait de le faire. Il reconnaît que cela fait référence à un certain orgueil de sa part : ne pas avouer sa faiblesse à ses collègues, à ses supérieurs hiérarchiques et à sa famille. Dans d'autres cas, l'identification est médiatisée par un diagnostic médical, même si des indices faisaient planer antérieurement un doute. Ainsi, Marina Canu éprouvait des difficultés à bouger un bras et à se situer sur la route lorsqu'elle conduisait. Elle a, dans un premier temps, imputé ces légers troubles à la fatigue. Puis, un soir alors qu'elle dînait en famille, elle se sert de l'eau et verse l'eau à dix centimètres du verre et dit :

> « Tiens mon verre est cassé, il fuit ».

Son mari, Christian, est inquiet et passe voir son médecin pour en discuter. Celui-ci prescrit une IRM. Le diagnostic est prononcé peu après : elle est atteinte d'une maladie neurologique rare à l'issue fatale. À partir de ce moment, leur monde s'écroule.

La maladie de Marina Canu est vécue comme l'effet du *fatum*, événement exogène à la vie sociale. Cette extériorité est propre à certaines graves maladies : cancer de Brigitte Charrier, crise de sclérose en plaques d'Héléna Perez... Précédé de peu par quelques indices, le diagnostic médical est le moment fondateur qui ouvre une phase contrainte de réflexivité.

Ainsi que le constate avec tristesse Christian Canu : « Ah, la maladie ça oblige à penser… ».

Ces maladies sont perçues comme des événements imprévisibles au sens que leur donne M.Grossetti (2004) ; en inverser le cours est hors de portée sociale. La situation diffère lorsque l'évènement de santé est issu d'une dégradation progressive dont le cours aurait pu être infléchi dans d'autres conditions sociales. Le récit de Sylvie Bourgoin s'apparente à la chronique d'une invalidité annoncée.

Sylvie Bourgoin est manutentionnaire dans une entreprise située en Normandie. Elle n'a pas de qualification (échec au CAP) et occupe cet emploi à mi-temps depuis 1983.

> « C'était toujours la même manipulation. C'était prendre des colis – de vin, de lessive, de tout ce qui est alimentaire – les mettre sur une palette qui partait dans les magasins. C'était tout le temps à répétition, on faisait que ça toute la journée. »

En 2000, soit après dix-sept ans de travail, survient le premier incident de santé :

> « Un jour en disant bonjour à un cariste qui était sur son clark au dessus de moi, je me lève, ha ! bloquée du cou d'un seul coup… j'ai rien eu mal… ce sont les pompiers qui sont venus me chercher, ils m'ont fait des radios, j'avais une hernie cervicale »

Elle est arrêtée pendant six mois puis reprend son poste malgré des douleurs récurrentes qui apparaissent cette fois-ci dans le dos. Les douleurs s'accentuent trois ans après. Elle est de nouveau arrêtée en 2003, le dos immobilisé par un corset pendant deux mois, puis reprend le travail avec des traitements antidouleur ponctuels :

> « J'avais des douleurs de dos mais, bon j'arrivais toujours à peu près à tenir, on va dire… »

Parallèlement, Sylvie assure l'ensemble du travail domestique. Son mari, chauffeur routier, est absent en semaine et trouve une maison propre et rangée lorsqu'il revient le week-end. Son fils adolescent ne l'aide qu'occasionnellement :

> « C'est un garçon ! », dira-t-elle d'un air entendu… »

En 2008, suite au diagnostic d'une deuxième hernie, dorsale cette fois ci, la médecine du travail prononce une inaptitude au poste. L'entreprise lui propose un reclassement sur un poste de nuit dans le sud-est qu'elle refuse. Elle est alors licenciée sans aucune perspective d'embauche en raison de son état de santé et arrive en fin de droits en 2010 lorsque je la rencontre. Les douleurs sont constantes, y compris au repos. Les conditions de travail, l'absence de qualification, la division sexuée du travail domestique ont des effets cumulatifs qui mènent pas à pas Sylvie Bourgoin à l'inaptitude puis au licenciement. Le moment fatidique est pour elle le verdict d'inaptitude suivi par l'absence de reclassement crédible. Ce qui frappe dans le parcours de Sylvie Bourgoin est l'absence totale de ressources lors de chaque étape de dégradation de sa santé. Elle ne bénéficie ni de soutien institu-

tionnel dans l'entreprise ni de celle des représentants du personnel et la médecine du travail tarde à prononcer une inaptitude, en raison vraisemblablement du risque pour son emploi[10].

4.2. Le cas particulier des violences psychologiques

Si l'exposition à la violence n'est pas en soi un incident de santé, elle peut en générer par ses effets. Huit cas de violence psychologique[11] ont été relatés par les enquêtés, dont quatre femmes victimes de violence conjugale ; les quatre autres cas sont des situations de violence au travail subies par trois femmes et un homme. Même si ces violences s'exercent de manière interpersonnelle, elles sont une forme paroxystique que revêtent les rapports de pouvoir, qu'ils soient liés à l'organisation du travail ou au genre (Pezé, 2008 ; Jaspard, 2005).

Toutes ces situations violentes ont eu des effets majeurs sur la santé qui ont été verbalisés par les enquêté-es lors de la post-enquête : stress important, dévalorisation de soi, épisodes dépressifs majeurs[12], troubles somatiques. Par opposition aux incidents de santé liés à une pathologie, la séquence temporelle antérieure est connotée négativement. Elle est décrite par les enquêté-es comme une spirale qui les maintient dans une souffrance qu'ils subissent et dont ils n'identifient pas tous les ressorts, ou sinon de manière diffuse. Le propre de la violence psychologique est en effet d'asservir l'autre et d'annihiler ses capacités d'action.

Le moment fatidique débute là aussi par une identification de la situation, en l'occurrence ici des ressorts de la violence, qui est un préalable à l'action. Dans les cas de violence conjugale, que nous analyserons ici, il y a à un moment donné un « déclic » qui amène les victimes à dire « non, ça suffit ! ». Ce « déclic » inaugure une phase de réflexivité, accompagnée par des proches ou des professionnels, qui conduit plus ou moins rapidement[13] à reconstruire une capacité d'agir. Sophie Varin relate un processus qui est similaire dans tous les cas de violence conjugale vécus par les autres enquêtées : un isolement progressif, des reproches, des humiliations.

> « Il me mettait toujours en accusation, il me disait toujours que c'était moi qui ne faisait pas ce qu'il fallait ou pas bien… il me demandait toujours de modifier mon comportement. (…) J'ai fini parfois recroquevillée en me bouchant les oreilles, en pleurant, parce qu'il ne me lâchait plus. Il me mettait plus bas que terre ! Et il continuait, continuait (…) Je me disais toujours : "qu'est-ce que je n'ai pas fait ? ou qu'est-ce que j'ai fait ?" »

L'isolement par rapport à la famille et aux ami-es arrive progressivement sans que les femmes s'en rendent totalement compte. Il n'est néanmoins pas total car les femmes continuent à avoir une activité professionnelle. Le travail devient dans ces cas un espace-refuge. La parole est difficile, en raison souvent de la honte :

> « Psychologiquement, c'est très dur parce qu'il n'y a pas que les coups, le plus dur est la violence verbale parce que vous ne pouvez même pas aller voir le médecin pour dire : "regardez, je suis toute bleue !". Vous n'avez pas de bleus visibles mais, par contre, votre tête est tout bleue tellement vous en prenez des coups, mais psychologiquement voilà ! »

Toutes les femmes font état d'un attachement affectif qui freine la prise de distance ; elles ont longtemps dénié la réalité (Jaspard, 2005) :

---

[10] Peut-être même à sa demande, ce qui n'est pas révélé dans l'entretien. Les médecins du travail constatent les réticences que manifestent certains salariés peu qualifiés au constat d'inaptitude en raison du risque de licenciement (Huez, 1994).

[11] Ce qui nous semble une part conséquente de l'échantillon : 36 %.

[12] L'homme victime de violence au travail avoue avoir pensé à un moment au suicide sur son lieu de travail.

[13] Et de manière plus ou moins conflictuelle avec l'agresseur selon les cas.

> « Quand on est super amoureux, on ne réalise pas je crois… enfin on se cache des choses, voilà on se cache des choses, on ne veut pas voir ce qui nous gêne, c'est ça ! »

Ou, dans d'autres cas, culpabilisé :

> « Pendant des années, je n'en avais pas pris conscience que ça n'allait pas. On s'illusionne, on se dit : "c'est peut-être moi !" »

Le « déclic » intervient de manière différente. Pour Héléna Perez et Anne Dionisi, celui-ci se produit lorsque le conjoint s'en prend à l'enfant. Elles quittent alors le domicile en urgence lorsqu'il s'absente et se réfugient chez leurs parents. Cécile Guérin et Sophie Varin, quant à elles, ont toutes les deux pris dans un premier temps un peu de distance en s'éloignant quelques jours, l'une pour suivre une formation, l'autre à l'occasion de vacances. À son retour, Cécile Guérin se surprend à sursauter lorsque son mari ouvre la porte d'entrée le soir en rentrant de son travail :

> « Je me suis dit : "ça ne va pas d'avoir peur !". J'en avais jamais eu conscience avant, en fait. "Non ce n'est pas possible de continuer à avoir peur quand il rentre !" »

Elle décide de consulter un psychologue qui accompagnera la réflexion qui la mènera deux mois après à la séparation. Sophie Varin, quant à elle, s'effondre le dernier jour de ses vacances chez une amie :

> « "Je ne peux pas retourner à la maison, ce n'est pas possible !" L'amie la prend en charge : "il ne faut pas que tu y retournes, on va déménager tes affaires et on va chercher où tu peux aller" ».

Dans toutes ces situations liées à la maladie ou à un cycle de violences, l'identification – qu'elle soit issue de la matérialité des faits, d'un diagnostic médical ou d'une phase de réflexion personnelle – est toujours vécue comme un moment qui trace brusquement une frontière entre l'avant et l'après, même lorsqu'il y a des signes avant-coureurs. De fait, à partir de ce moment précis la réalité s'impose la vie doit être réorganisée sur d'autres bases, ce qui pose la question des modalités de l'action et des ressources sur lesquelles l'individu peut s'appuyer.

5. RESSOURCES ET MODALITÉS D'ACTION

Les moments fatidiques apparaissent toujours singuliers pour l'individu concerné, même si le sociologue y discerne des récurrences. Cette singularité est encore accentuée lorsque les événements touchent la santé car ils génèrent une douleur qui s'éprouve en tant qu'expérience personnelle. Elle modifie le rapport de l'individu au monde (Le Breton, 2010), mais aussi à son propre monde fait de routines et elle altère profondément sa capacité habituelle d'agir. M.H. Soulet s'interroge sur les modalités de recomposition de la capacité d'action en situation d'incertitude, qu'il qualifie d'agir faible ou « poïétique ». Il met en garde contre toute tentation d'héroïcisation de l'acteur (résilience, prédispositions ou contexte exceptionnels…). Son propos n'est pas d'analyser les propriétés spécifiques de l'individu mais celles de l'action : « La finalité de cet agir est de (re)construire les conditions de possibilités d'un agir dans le monde, ce qui ne signifie pas que l'environnement n'est pas indispensable à cette action individualisée » (Soulet, 2010, p. 284).

5.1. Des modalités d'action mouvantes

Dans un contexte d'incertitude, les modalités d'action sont mouvantes. Elles sont réévaluées à certains moments en fonction de l'évolution de la situation. Après l'annonce du diagnostic, Marina Canu arrête de travailler. Christian intervient pour qu'elle puisse bénéficier de droits sociaux liés à son arrêt d'activité. Au début, il assure les tâches domestiques qu'elle ne peut plus assurer.

> « Et un beau jour, j'ai eu un malaise. J'étais en train de monter une étagère, j'ai fait un malaise. J'ai voulu me reposer puis recommencer mais je n'arrivais plus à serrer le tournevis. Donc je suis redescendu, j'ai fait le 15, ils m'ont emmené. Arrivé à l'hôpital ce n'était rien du tout mais à partir de ce moment-là, j'ai pris quelqu'un. C'était un épuisement : c'est le moral qui fait que l'on est physiquement atteint. J'ai commencé par mettre une association qui venait une heure par jour parce qu'au début elle arrivait à faire encore des petites bricoles toute seule. Mais après, il y a le feu qui était resté allumé sous la casserole… j'ai éliminé cette plaque et j'ai mis une plaque à induction. Donc, il y avait plein de choses comme ça pour éviter les problèmes. »

Christian Canu adapte l'organisation familiale à chaque étape de l'évolution de la maladie de sa femme sans avoir une vue à long terme. Son objectif est d'essayer de tenir physiquement et moralement. Il augmente ensuite le temps de travail de la salariée qui l'aide à domicile jusqu'à arriver à un temps plein. À partir du moment où il embauche une salariée à plein temps, il tend à allonger ses journées de travail afin de pouvoir tenir. Le travail est pour lui un refuge : c'est un temps et un lieu protégé de la maladie où il est épaulé par un collectif de travail compréhensif.

> « J'ai eu la chance d'être entouré à la fois par les gens qui étaient au travail, à la fois par ici. »

Il en est de même pour François Fresnay, la réflexion le mène à revoir son activité en définissant des priorités.

> « Si je ne voulais pas complètement sombrer, il fallait que je réagisse pour rompre l'état dans lequel j'étais, professionnel et personnel. À un moment donné, il y a mise en concurrence, c'est ce que j'ai ressenti, mise en concurrence de ses intérêts privés et de ses intérêts professionnels. On ne peut pas, je pense, redresser la barre sur les deux tableaux. »

Le statut de fonctionnaire territorial lui permet de postuler sur un poste avec moins de responsabilités dans une municipalité plus petite.

> « On a un statut qui nous protège tout de même… Ça, c'est un gros avantage que l'on a dans les collectivités territoriales de pouvoir changer d'employeur sans changer de statut, ni d'ancienneté et puis de choisir également l'emploi qu'on va exercer »

Parallèlement, il fait face à la séparation conjugale et revendique la garde alternée de ses enfants lors du divorce. Puis il est amené ensuite à déménager afin de limiter les déplacements domicile/école des enfants. Par ces différents ajustements, issus de constats successifs, François Fresnay se redonne une capacité d'action tant au niveau familial que professionnel.

5.2. Des positions structurelles inégales

Les ajustements que met en place François Fresnay ne sont néanmoins possibles que parce qu'il bénéficie d'un statut d'emploi qui lui permet de changer de poste sans craindre le chômage et une perte de revenu. De plus, le niveau de son revenu (il a un statut de cadre) autorise les frais occasionnés par un déménagement. L'ensemble de ces conditions ne sont pas réunies pour Sylvie Bourgoin. Elle n'est pas en mesure d'accéder à un poste qui préserve sa santé, n'a pas de qualification et craint la perte d'emploi. Elle ira jusqu'à l'usure physique sans bénéficier en outre de soutien familial. L'action s'inscrit dans un ordre hiérarchisé par les rapports de genre, ethniques et de classe. Le cadre paradigmatique de l'intersectionnalité permet de saisir le caractère multidimensionnel des inégalités et leur construction conjointe (Palomares, Testenoire, 2010).

5.2.1. Des inégalités multidimensionnelles

Sylvie Bourgoin n'est pas simplement une manutentionnaire soumise à la pénibilité du travail mais aussi une femme travaillant à temps partiel dont le conjoint, chauffeur routier, ne rentre que le week-end. Elle a intériorisé la division sexuée du travail domestique et est enfin peu soutenue par son entourage (famille, amis…). L'usure physique est liée à la pénibilité des tâches professionnelles, amplifiée par le travail domestique qu'elle continue à assurer. Son licenciement, point d'orgue de son usure physique et morale, est lié à la conjugaison de sa position de classe et de genre.

Travaillant à temps partiel, comme de nombreuses femmes, elle ne pèse guère pour l'entreprise et pour les délégués du personnel qui entérineront la décision de l'entreprise. Lorsqu'elle demande un reclassement sur un poste dans un bureau sur le site :

> « L'entreprise a dit : "il n'y a pas de place." Et puis voilà le délégué du personnel n'a pas été chercher plus loin. Il avait peut-être peur aussi qu'à la suite qu'il y ait des représailles de l'entreprise. » [Qui aurait pu avoir des représailles ?] « Ben le délégué ! » [Vous croyez que le délégué craignait pour sa place ?] « Ben moi je ne dirais pas comme vous… Je suis sûre qu'il n'a pas fait grand-chose pour me… me sauver de là, non, non. C'est quelqu'un que je connaissais très bien, très gentil, c'est sûr très gentil. Mais bon de là, il n'a pas fait ce qu'il aurait dû… il aurait dû insister. Comme l'entreprise avait dit : "c'est comme ça !" et puis c'est tout, en gros c'était ça, quoi ! » [Et vos collègues n'ont pas bougé ?] « Non, non ! ».

Par contraste, la qualification de Denis Capelle lui permettra d'échapper à ce scenario. Il est commercial dans une société qui approvisionne des grandes surfaces. Une partie de son activité consiste à mettre les produits en rayon et à faire des animations de vente sur le site. Denis souffre de lombalgies récurrentes après ses activités de manutention. Celles-ci ne sont cependant qu'une partie limitée de son travail, ce qui lui permettra de mettre en place des stratégies de protection de sa santé : tournées limitées à une demi-journée, suivies de phases de travail administratif. Et surtout, du fait de sa qualification, Denis Capelle pourra évoluer dans l'entreprise vers un poste uniquement administratif. Le niveau de qualification différencie ainsi de manière décisive les trajectoires professionnelles. Il permet une mobilité interne et externe qui permet de se soustraire à des conditions de travail qui soit sont à l'origine d'une pathologie, soit l'aggravent : *management* par le stress, T.M.S., etc. Dans ce cas, les inégalités de santé non seulement se cumulent avec les inégalités sociales mais aussi les amplifient.

Le statut d'emploi est également crucial. Florence Faure est aide-soignante dans un hôpital d'enfants. Elle travaille pendant dix ans dans le service de scintigraphie.

> « On avait des tabliers de plomb qui faisaient six kilos quand même. Dans la salle d'injection, on l'enlevait, c'était dix minutes, on le remettait, on l'enlevait, on le remettait… Et tout était plombé, ne serait-ce que la boîte d'aiguilles. Et il y avait des enfants qui ne pouvaient pas se lever, il fallait les passer d'une table à l'autre. Et au départ les brancards étaient fixes. (..) Je pouvais lever de moins en moins le bras à chaque fois ça me faisait mal et puis c'était au point que je ne pouvais plus enfiler un manteau. »

Florence Faure consulte la médecine du travail qui diagnostique une calcification de l'épaule. Elle est reclassée sur un poste administratif à l'accueil :

> « On peut améliorer les choses en vous mettant dans un autre poste. La direction, elle est obligée d'accepter et en plus ils ne sont pas idiots, ils disent : "vaut mieux ça qu'un arrêt de travail" ».

Les protections institutionnelles attachées à l'emploi forment un socle de sécurité qui permet à l'individu d'affronter les aléas de l'existence (Castel, 2003). Ces protections sont incomparablement plus fortes dans le secteur public. Le statut de fonctionnaire protège les salariés par le maintien en emploi avec des possibilités de mobilité ou de reclassement sur un autre poste, variant certes selon

les métiers[14] et les types de structures. Dans le secteur privé, la précarisation de l'emploi et certains modes de gestion de la main-d'œuvre affaiblissent les capacités d'action des salariés avec des clivages croissants selon le statut d'emploi et la qualification. Pour certains ouvriers ou employé-es, la nécessité économique de « tenir » en emploi fonctionne comme un piège qui les mène à terme à une détérioration irréversible de leur santé, d'autant plus que ce sont eux qui sont les plus exposés à l'usure prématurée des corps et à la pénibilité des tâches. Les contraintes économiques qui pèsent sur eux sont enchâssées dans un univers de signification où le travail est perçu comme une valeur morale, comme s'ils faisaient de nécessité vertu.

5.2.2. Les rapports de genre

Pour autant, lorsqu'elles existent, ces protections ne s'appliquent que si elles sont mobilisées par l'individu lui-même. Les motifs de non-recours sont pluriels : déni du risque pour la santé, valorisation morale du travail…. Nous voudrions insister ici sur l'impact des rapports de genre et la manière dont ils se conjuguent à ce qui se joue dans l'entreprise. Ce sont en effet parfois les salariées elles mêmes qui tardent à recourir à une demande de mobilité. Marie Deule subit la violence d'un chef de service :

> « En fait, j'avais peur tout simplement. Oui, peur, je me crispais dès qu'il rentrait dans le bureau… j'avais peur, je me sentais toujours en faute. J'osais plus bouger… oui c'est ça j'avais peur. […]Il ne faisait pas ça avec tout le monde. Quand on en parlait : "ben non moi ça va très bien !" Voilà ! C'était diviser pour mieux régner, quoi ! »

Elle attend néanmoins plusieurs années avant de demander sa mutation car elle sait que celle-ci n'est possible que dans un autre établissement plus éloigné de son domicile.

Le temps de transport plus important pose un problème de garde d'enfant le matin avant l'école. Lorsqu'elle en parle à son mari, qui est fréquemment en déplacement à l'étranger, celui-ci n'est pas favorable à sa mutation :

> « Ça va être plus compliqué. »

Elle fait sa demande quelques années plus tard sans lui demander son avis :

> « Je ne lui en ai pas parlé, j'ai parlé à des collègues. J'ai hésité longtemps et arrivé le jour limite, je me suis dit : «qu'est-ce que je fais ? » et puis j'ai une collègue qui m'a dit : "Oh, fais-le de toute façon !" Et puis voilà, j'ai déposé ma demande. Et quand je l'ai dit à mon mari, de toute façon c'était trop tard, elle était déposée… »

Les rapports de genre conjugués aux inégalités sociales configurent l'action. Les hommes ne sont pas spontanément conscients du privilège dont ils bénéficient lorsqu'ils vivent en couple. C'est au moment du divorce que François Fresnay le constate :

> « La garde alternée pour des enfants de cet âge (10 et 7 ans) c'est quand même beaucoup de travail quand on est seul. Surtout pour un homme parce qu'une femme, je dirais, n'a pas forcément les mêmes contraintes professionnelles. »

Il découvre les joies de la conduite d'enfants, rendez-vous chez l'orthodontiste, etc.

> « On ne peut pas, à mon avis, gérer de front quand on veut s'occuper de sa famille, sa carrière professionnelle et son statut de père ou de mère au foyer… »

[14] Cette possibilité est restreinte, voire quasi-inexistante, pour les enseignants du secondaire et professeurs des écoles.

La prise en compte des contraintes familiales qu'il n'avait pas jusqu'alors l'amène à déménager pour faciliter la prise en charge de ses enfants. De même, avec l'évolution rapide de la maladie de son épouse[15], Christian Canu a assuré dans un premier temps l'ensemble du travail domestique jusqu'à ce qu'il le délègue à une salariée à temps plein. Au niveau éducatif, il est complètement démuni :

> « C'est mon épouse qui faisait tout ce qui était assistance pour l'école. Moi je ne sais pas faire ça. Je ne sais pas m'amuser avec eux. Quand ils ont besoin de quelque chose matériellement, je vais les aider et j'aime bien qu'on soit avec moi pour faire… mais je ne sais pas jouer avec eux. On ne parle pas beaucoup. Je les accompagne au sport, je l'ai toujours fait. J'étais auprès d'eux, sans être auprès d'eux pour d'autres choses. Elle faisait des choses que je ne sais pas faire ! »

La situation de Christian Canu peut être comparée à celle de Laurence Faret, dont le conjoint a été atteint d'une leucémie. La maladie de Pierre Faret se déclare lorsqu'il a trente-cinq ans ; il décèdera cinq ans plus tard. Pendant toute la durée de sa maladie, Pierre ne passera au total que trois semaines à l'hôpital pour une greffe de moelle osseuse. Laurence étant infirmière, Pierre lui demande de faire elle-même les soins à domicile : prise de sang, transport à l'hôpital pour les rayons et la chimiothérapie, mais aussi hospitalisation à domicile après la greffe :

> « Un isolement à la maison, je voulais continuer à travailler et je voulais que les enfants n'en pâtissent pas trop. Donc, ça a été assez lourd. » [C'était une volonté de garder le travail ?] « Oui, sinon on s'écroule. Il y a les enfants… Quelquefois j'arrivais en pleurant parce qu'à la maison je ne déchargeais pas, car il y avait les enfants. Des collègues que j'appréciais beaucoup parce que j'ai lâché beaucoup de choses là-bas, j'ai beaucoup pleuré. Je repartais, ça allait beaucoup mieux ».

Après le décès de son mari, elle modifie ses horaires pour pouvoir être présente auprès de ses enfants :

> « Je me suis dit : "je passe de nuit, comme ça je suis là le matin à sept heures ; je peux les emmener à l'école et je suis là le soir, je me lève, donc il n'y a pas de souci". J'ai tenu deux ans pour ma fille, ça a été deux ans difficiles. »

Assumer l'ensemble des activités domestiques et éducatives est une évidence pour Laurence Faret. À aucun moment, elle ne se pose la question d'une aide extérieure comme le fait Christian Canu. Elle poursuit ce qu'elle faisait déjà antérieurement et qu'elle *sait* faire. À ces tâches s'ajoute la prise en charge de la maladie. Elle mobilise pour cela ses compétences professionnelles en assurant elle-même, avec l'aide de sa mère, l'hospitalisation à domicile en chambre stérile à l'issue de la greffe[16]. Face à la maladie, le travail de soin est effectué principalement par les femmes de la famille (Cresson 2001). Dans le cas de Laurence Faret, il ne s'agit pas seulement de soins profanes. Son expertise professionnelle est mise au service de son conjoint pour lui éviter une hospitalisation.

> « Quand les gens sont tellement mal, la relation peut être aussi à l'aide dans un couple, faut savoir où on se place, ce qu'on veut (…) On n'est plus l'infirmière quand c'est comme ça, on est la femme ! »

Les ressources dont dispose l'individu pour affronter les événements de santé sont configurées par les rapports sociaux. La qualification, le statut d'emploi, sa sécurité se conjuguent aux inégalités liées au genre. Celui-ci a dans certains cas un double versant : source de compétences mais aussi de contraintes. L'analyse de la distribution inégale des ressources, issue du jeu des rapports sociaux, dessine une « cartographie sociale » des positions structurelles. Elle est le premier temps de

---

[15] Elle est totalement paralysée depuis 2006 et au moment de l'enquête n'est plus consciente. Christian Canu ne souhaite pas la faire hospitaliser car il lui en a fait la promesse.

[16] Avec toutes les contraintes de stérilisation – soins d'hygiène, toilettes, repas, port constant de protections, lessives, nettoyage quotidien et… – que cela représente.

l'analyse. Le second consiste à prendre en compte le niveau méso-sociologique des « états sociaux » (Martuccelli, 2006, pp. 393-394). À une même position structurelle, peuvent être associées des configurations diverses qui différencient les parcours individuels. Elles sont liées à ce que D. Martuccelli appelle les « supports ».

5.3. Le travail espace réparateur

Les « supports » ne sont pas directement prévisibles. « Ils [les supports] s'enracinent dans un maillage *sui generis*, à vocation existentielle et non conçu en principe pour cette fonction d'amortisseur social, dont le recours et la solidité, au cas de besoin, sont une inconnue plus ou moins importante dans la vie » (Martuccelli, 2006, p. 401). Ce n'est qu'après coup que leur rôle peut être constaté. Dans le cadre de ce rapport, il n'est pas possible d'en faire une liste exhaustive. Certains relèvent de l'accompagnement de thérapeutes (psychologues en particulier), d'autres du soutien des proches ou d'associations ; nous ne développerons pas leur rôle ici. Nous centrerons l'analyse sur le rôle de support de l'activité professionnelle. Le travail peut constituer un support lorsqu'il n'est pas lui-même directement à l'origine de la pathologie ou ne l'accentue pas par les contraintes qui lui sont afférentes. Nous nous centrerons sur le rôle de soutien des collectifs de travail et sur celui de l'activité.

5.3.1. Les collectifs de travail

Pour Christian Canu et Laurence Faret, la poursuite de l'activité professionnelle est un moyen de tenir moralement face à l'emprise de la maladie. Ils ont tous les deux le privilège que leur emploi ne soit pas menacé par leur baisse de productivité, en raison de leur statut de fonctionnaires respectivement d'État et hospitalier. Les collègues de Christian Canu prennent en charge certaines de ses tâches quand ils voient qu'il n'est pas en mesure de les assurer, sa collègue directe est sa confidente. Il en est de même pour Laurence Faret. Bien que l'on puisse penser que son activité d'infirmière la maintienne dans l'univers de la maladie, pour elle c'est fort différent :

> « Je me plongeais là-dedans. Et la cardiologie, ce n'est pas la cancéro, c'est autre chose ! »

Les collectifs de travail ont une grande importance. Lorsqu'ils sont soudés, ils permettent de suppléer momentanément aux défaillances du (de la) salarié-e et favorise de ce fait son maintien en emploi. Marie Deule, également fonctionnaire, est malvoyante. Elle est affectée depuis son enfance par une forte myopie qui dégénère en cataracte. Elle a toujours été gênée dans son travail mais a cherché à dissimuler son handicap par des stratégies de faux-semblant (Goffman, 1975) jusqu'au jour où elle arrive dans un service où un collègue est également malvoyant.

> « Déjà on se sent moins seule, donc on peut mieux en parler et puis on se comprend mieux. Tout le monde était déjà au courant de ce que cela pouvait être, donc là c'est vrai que c'était plus simple parce que tout le monde m'aidait ».

Ses collègues font la demande d'un écran plus grand auprès du service informatique. Par des petites attentions au quotidien, une bienveillance, voire une amitié qui se tisse, les collectifs de travail qui reposent sur la solidarité sont des appuis décisifs qui modifient le sens conféré au travail. Ils présentent aussi l'atout de ne pas relever d'un registre *a priori* affectif. À l'inverse quand ils fonctionnent à la concurrence, le travail joue négativement. Il amplifie la souffrance. L'individu n'a plus dans ce cas d'espace réparateur.

5.3.2. L'activité

L'activité parce qu'elle est devenue habituelle n'est pas directement perçue *a priori* comme un support dans le cours routinier de l'existence. Elle peut, certes, être porteuse de sens et entraîner un fort

investissement au travail de la part des salarié-es, mais la dimension propre de l'action est souvent sous-estimée. Ce n'est que lorsque l'individu sent sa capacité d'action se dérober qu'il prend conscience de cette dimension du travail. Anne Dionisi, directrice d'école, relate la période pendant laquelle elle subissait des violences de la part de son ex-conjoint.

> « Il y avait des moments très difficiles parce que je pleurais… J'arrivais à l'école le matin, je n'arrivais pas à contenir le flot de larmes. Après, c'était mieux. Au contraire après, pendant que j'étais en classe, j'étais dans l'action, donc ça allait. »

Toutes les femmes victimes de violences conjugales ont misé pendant cette période sur leur activité professionnelle. C'était le seul espace où elles n'étaient pas soumises à un contrôle constant. Dans ces situations, les pénibilités et contraintes de l'activité professionnelle ne sont pas niées mais elles sont reléguées au second plan car la priorité des femmes est de conserver une capacité d'agir. Cécile Guérin se réfugie dans le travail :

> « J'ai surinvesti mon travail, en fait. Ben, ça fonctionnait. Donc, il y avait au moins une réussite là. Je m'accrochais à cette réussite. J'ai la chance d'avoir un travail orienté vers les autres qui m'a fait voir autre chose et prendre du recul. Prendre conscience aussi »

Là encore tous les emplois ne peuvent jouer ce rôle. Il est nécessaire que l'individu y dispose de marges de manœuvre suffisantes pour adapter son rythme de travail et que son activité soit reconnue. À défaut, la pression professionnelle se conjugue à celle qu'il vit ailleurs et l'amplifie.

6. DES « RUPTURES D'INTELLIGIBILITÉ »

Lors des entretiens, les enquêtés évaluent rétrospectivement leur parcours et lui attribuent un sens *a posteriori*. Certains récits s'ordonnent selon un (ou des) moments-frontières qui opèrent un partage entre un avant et un après. Cette frontière, que nous avons qualifiée d'événement, exprime une « rupture d'intelligibilité » perçue par les acteurs (Bensa, Fassin, 2006). Cette césure correspond à la définition que donnent T. Hareven et K. Masaoka des *« turning points »* : changements majeurs perçus subjectivement par les enquêtés comme ayant réorienté leur trajectoire[17] (Hareven, Masaoka, 1988). Cette conception des *turning points* met l'accent sur la signification donnée par les enquêtés à cette rupture et sur les processus de réorientation de l'action qui en ont découlé. Ces ruptures d'intelligibilité peuvent être connotées négativement ou positivement en fonction de la signification accordée à la série temporelle antérieure. Les événements de santé altèrent négativement la capacité d'action. Il s'agit soit de l'irruption d'une pathologie qui a des effets récurrents (maladie chronique ou évolutive) soit d'un épisode unique (accident, maladie ponctuelle etc.) qui par l'ampleur de ses effets à un moment donné déstabilise une trajectoire. À l'inverse, la sortie d'un cycle de violence – conjugale ou professionnelle – représente une issue favorable qui libère une action jusqu'alors entravée. Nous nous limiterons ici à l'impact négatif des événements de santé.

6.1. Des carrières avortées

Helena Perez, secrétaire, occupe un premier emploi qui ne lui plaît guère lorsqu'une de ses amies l'informe qu'une institution publique cherche des secrétaires. Elle postule et entre dans la Fonction publique. Après sept ans d'ancienneté, elle est promue secrétaire du directeur. Celui-ci est nommé

[17] Elle se distingue de celle de A. Abbott qui a une vision plus large des *turning points* qu'il définit comme toute réorientation d'une trajectoire qu'elle soit ou non interprétée comme telle par les enquêtés. Il récuse l'exigence de narrativité, adoptée par T. Hareven et K. Masaoka (Abbott, 2001).

quelque temps après directeur général d'une entre prise nationalisée puis président d'une entreprise privée. Il lui propose de le suivre. Elle obtient donc une mise en détachement puis en disponibilité.

> « Je vivais très bien parce que j'avais une superbe évolution. Parce qu'en fait je suis devenue cadre en intégrant cette entreprise, puisque j'étais à un poste important et j'avais 30 ans ! Chose que je n'aurais pas pu avoir dans la Fonction publique. »

Deux ans après son accès au statut de cadre, Héléna est brusquement paralysée :

> « Je me suis levée un matin j'avais des fourmis aux jambes. Les fourmillements ont commencé à monter, à monter... Au bout de quelques jours, je ne sentais plus le sol quand je marchais et après, j'ai perdu l'usage d'une jambe totalement et de l'autre, à moitié »

Elle est hospitalisée et le diagnostic tombe : une poussée de sclérose en plaques.

> « Je travaillais beaucoup, je consacrais tout à mon travail et donc là tout s'est écroulé ! J'ai eu des pensées négatives quand j'étais à l'hôpital mais après grâce à ma mère je me suis battue, battue pour remarcher. (…) parce qu'en fait je ne pouvais plus travailler parce que j'avais un travail stressant. Donc, les médecins m'ont dit : "Il faut que vous calmiez le jeu à ce niveau-là" et puis, d'un autre côté, je n'avais rien d'autre pour me rabattre. Je n'avais pas de vie de famille. »

Héléna restera quatre mois en chaise roulante avant de pouvoir remarcher. Les médecins lui expliquent que les poussées de sclérose en plaques sont favorisées par les situations de stress. Ils lui demandent donc de revoir son rythme de travail, afin de limiter les risques de crise ultérieure. Héléna a l'impression que tous ses repères vacillent. Jusqu'alors sa vie s'était centrée sur sa carrière professionnelle qui s'annonçait prometteuse. Elle doit désormais vivre avec la maladie. Cela signifie que pendant une dizaine d'années, elle vivra avec l'angoisse de l'irruption d'une nouvelle poussée et que, pendant plus d'un an elle ressentira une forte fatigue qui limitera considérablement son activité. À l'issue d'une convalescence assez longue, elle démissionne de son poste qu'elle ne peut plus occuper. Elle bénéficie, certes, de la sécurité de l'emploi de la Fonction publique qu'elle peut réintégrer avec un mi-temps thérapeutique dans un premier temps. Elle perçoit cependant le retour dans son corps d'origine comme un déclassement. Ses espoirs de promotion sociale s'effondrent. Cet épisode aura été finalement la seule manifestation de la maladie ; il a néanmoins profondément marqué son parcours professionnel. Son travail a perdu de son intérêt et la baisse de revenu a été conséquente. Son salaire est passé de 2 400 à 850 francs lors de son retour dans la Fonction publique en 1990. Vingt après, elle est toujours dans la catégorie C de la Fonction publique et espère une promotion d'ici un ou deux ans en catégorie B.

> « Ça, ça me remet en arrière, je me dis : "mince, je m'en suis pris plein la figure…" C'est mon grand regret ça de ne pas avoir pu continuer ma carrière dans le privé, même si ça aurait été difficile parce que je sais que c'est difficile aujourd'hui pour garder son poste dans le privé. Ça, j'en suis totalement consciente. Mais bon, je pense qu'en se battant quand on veut quelque chose… Voilà, c'est pour ça que je me dis : "si je n'avais pas été malade." Mais bon ! »

Le sentiment de rupture s'exprime dans le domaine financier car elle élève seule son fils sans pension alimentaire de la part de son ex-conjoint et les fins de mois sont difficiles[18]. Cependant, derrière cet aspect financier, se profile le renoncement à des possibilités d'action qu'elle avait entrevues pendant quelques années.

De manière similaire, le récit d'Isabelle Deshayes se structure autour d'une frontière définissant un avant et un après. La frontière est la terrible crise d'angoisse qui la fait démissionner dès le premier

[18] Et elle commence à faire les comptes pour sa retraite..

jour d'un emploi prestigieux. Elle avait alors 26 ans. Dans le cas d'Isabelle, elle a sentiment de n'avoir pas été « capable » de saisir une opportunité inouïe qui s'offrait à elle.

> « Je l'ai regretté toute ma vie. [Ah vous regrettez encore ?] Encore, oh bien sûr. J'ai toujours regretté, c'est l'erreur de ma vie... parce qu'en plus je me suis grillée auprès de la personne qui m'avait recommandée. Après, elle ne pouvait plus me recommander nulle part. Donc, je me suis retrouvée dans la vie normale, c'est-à-dire les postes qu'on me proposait, c'était payé trois fois moins pour travailler deux fois plus ! Je ne sais pas si vous voyez la descente brutale aux enfers que cela représente ? (…) Donc du coup, je me suis retrouvée à faire après et pendant des années tout et n'importe quoi en intérim. »

Les pathologies psychiques ne sont pas perçues par les enquêtés de la même manière que les atteintes physiques. Bien que leurs effets puissent être considérables, les pathologies psychiques ne sont guère considérées comme des maladies à part entière mais comme une absence de maîtrise de soi-même, comme s'il s'agissait d'une question de volonté. Isabelle a un discours très ambivalent. Elle parle ainsi de son « incapacité », et même de son « incompétence », bien que dans le récit qu'elle fait de sa crise d'angoisse elle mentionne le fait que le stress a décidé pour elle. La seule exception à cette tendance (plus ou moins marquée selon les enquêtés) à minimiser les pathologies psychiques est la situation de violence psychologique, du moins à partir du moment où elle est identifiée comme telle. Dans ce cas, les atteintes psychiques sont vécues comme des agressions extérieures que l'on subit au même titre que les pathologies physiques.

Dans les deux cas d'Helena Perez et d'Isabelle Deshayes, la rupture affecte la mobilité sociale entrevue. Toutes les deux sont issues de milieu populaire. Leur regret est de n'avoir pas été en mesure d'accéder à un statut de cadre et de décevoir les attentes de leurs familles.

6.2. Vivre au rythme de la maladie

Dans d'autres cas, l'intensité de la souffrance est telle que toute l'existence se réorganise autour de la maladie. La capacité d'action sur l'environnement est altérée et s'oriente vers des stratégies à court terme. Lorsque l'individu est atteint par la douleur physique, aucun espace ne se trouve à l'abri de la souffrance. Brigitte Charrier est ouvrière et travaille sur chaîne. Certes, le rythme de travail est soutenu mais elle apprécie son travail en raison des relations satisfaisantes avec la hiérarchie et d'un collectif de travail soudé. Elle déclare un cancer du poumon en 2007. Après plusieurs mois de chimiothérapie pour réduire la taille de la tumeur, Brigitte est opérée puis doit suivre d'autres séances de chimiothérapie.

> « Il y a des moments où on ne sait pas si on va s'en sortir, on est mal, on souffre, on est mal dans sa peau. »

Trois ans après, les traitements sont arrêtés ; elle est en rémission mais les douleurs sont constantes : dans le dos et une toux persistante. Elle a plusieurs séances de kinésithérapie respiratoire par semaine ; elle est suivie par le pneumologue de l'hôpital qu'elle voit tous les six mois. Elle est de plus confrontée à des difficultés financières depuis sa mise en invalidité ; son revenu antérieur, à peine plus élevé que le Smic, est amputé de 30 %. Brigitte, qui est veuve, est soutenue par quelques amies, sa fille et ses frères et sœurs.

> « Heureusement que je ne suis pas seule parce que… heureusement d'ailleurs parce qu'il y a des moments où il y a longtemps que j'aurais lâché ce monde ! »

Brigitte demeure cependant reliée par un fil à son activité antérieure. Elle fait toujours partie de l'entreprise. L'employeur lui téléphone de temps en temps pour prendre de ses nouvelles. Sa collègue Maryse, avec laquelle elle faisait équipe sur la chaîne, est devenue une amie. Ces liens ténus contribuent avec ses proches à lui fournir quelques échappées hors de l'univers de la maladie qui est désormais le sien.

Les pathologies où un pronostic vital est engagé modifient le rapport à l'existence de l'individu concerné mais aussi des membres de la famille. Christian Canu et ses enfants vivent au rythme de la maladie de Marina, aujourd'hui paralysée et dépendante : aide médicalisée, aide-soignante à domicile, prise en charge des repas, des toilettes… Les sorties du week-end ne sont plus possibles, la vie sociale se restreint :

> « On ne sort plus, c'est ça, la maladie. Quand vous avez une maladie importante dans une famille, c'est l'isolement que ça produit. À partir du moment où on n'a pas pu se déplacer, c'était terminé. Vous êtes isolés pour différentes raisons : vous ne pouvez plus rien organiser, on ne veut pas vous déranger… Moralement, ça atteint énormément. »

La poursuite de son activité professionnelle lui permet de tenir moralement car Christian Canu y bénéficie d'un appui relationnel. De temps en temps lorsqu'il n'en peut plus, il pousse la porte du psychologue du travail… L'irruption de la maladie clôt une séquence marquée par une sécurité ontologique qui permettait de se projeter dans le futur.

> « Un univers calme où on prend des initiatives. »

Elle modifie le rapport au temps et à l'action.

> « Je gère au coup par coup. La grande conclusion, c'est qu'on subit, on subit, on n'est plus maître… Je n'ai surtout plus le punch pour prendre des initiatives, décider des choses, faire des choses. Mon jugement est altéré pour une partie. En termes de santé, ce n'est pas quelque chose de négligeable les choses subies comme ça. Les perspectives sont bouchées. Je fais du palliatif dans tous les domaines, c'est comme ça ! »

Lorsqu'un pronostic vital est engagé, la souffrance éloigne du monde de l'action ordinaire. L'impuissance qui en résulte amplifie en retour la souffrance. Le temps est suspendu. « On subit » ce qui advient sans avoir de prise sur son propre devenir. L'acteur s'évanouit au profit d'un individu-objet des circonstances. Les liens avec le travail, même s'ils sont parfois ténus, permettent de s'extraire de la maladie en s'ouvrant à une vie sociale.

7. LES TRANSITIONS POUR PRÉSERVER SA SANTÉ

Anthony Giddens analyse la diversité des moments fatidiques. Dans le cas des ruptures, le travail réflexif est lié au constat que les choses ne peuvent plus continuer comme avant, que l'action doit être réorganisée sur de nouvelles bases. Le constat – individuel, accompagné ou issu d'un diagnostic médical – porte sur la réalité des faits. Dans d'autres cas, le travail réflexif porte sur les risques que la poursuite de l'action routinière fait encourir à la santé. On est alors dans le registre d'un raisonnement probabiliste évaluant les conséquences de la situation pour l'acteur « si les choses tournent mal » (Giddens, 1991, p. 113). L'identification des risques devient le moteur de l'action. Au-delà des mesures préventives qui peuvent être (ou non) prises dans le cadre de l'exercice de l'activité professionnelle, c'est parfois le travail en lui-même qui est identifié comme pathologique en raison de la nature de l'activité ou de l'organisation du travail.

7.1. Sortir du monde ouvrier

Le travail ouvrier, en particulier, est vécu comme étant à hauts risques. Christian Canu et Claire Legrand ont tous deux commencé à travailler à 16 ans comme ouvrier-e. Dans son récit, Claire Legrand oppose systématiquement ses conditions de travail à l'usine à celles qu'elle a actuellement en tant qu'agent des services hospitaliers. Elle insiste sur le caractère déshumanisant du travail ouvrier dû tant aux pénibilités physiques (port de charges lourdes) qu'au sentiment de n'être qu'un pion interchangeable.

> « À l'usine, j'y allais, mais c'était galère. Vous êtes huit heures devant votre machine et puis il n'y a rien d'autre… et puis alors le rendement, le rendement. C'était rendement, rendement. On avait une feuille comme ça ; il fallait tout noter, tout, tout, Le nombre de pièces et tout ; il y avait des compteurs sur les machines. À l'usine, j'ai l'impression de n'avoir été qu'un numéro … un numéro de sécu là-bas dans le bureau ! »

Christian Canu, qui travaillait dans la métallurgie, relate sa crainte du vieillissement prématuré :

> « J'avais vu dans la boîte quelqu'un qui n'avait pas loin d'une soixantaine d'années, il ne faisait plus rien, il se traînait lamentablement… ! Non, je ne me voyais pas traîner comme ça à son âge ! Ça m'a bien décidé à faire autre chose. C'était un truc où il ne fallait pas que je reste, c'était très dur. »

La catégorie ouvrière est celle qui déclare le plus fréquemment une santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise (34 %) et deux incidents de santé ou plus (32 %) entre 40 et 54 ans dans l'enquête SIP[19]. Christian Canu et Claire Legrand portent un regard aujourd'hui distancié sur le travail ouvrier qui ne se limite pas à l'usure des corps.

> « Je ne retournerai pas en usine… Quand on y est, on ne pense pas à autre chose parce qu'on n'a pas vu autre chose. C'est un autre monde, les gens, ils ne peuvent pas comprendre… les gens qui sont dans l'administration, ils ne comprennent pas ce que c'est que le travail d'atelier. C'est vraiment deux mondes différents ! »

Les analyses menées par G. Friedmann sur la tristesse ouvrière conservent toute leur actualité (Friedmann, 1950).

7.2. Un effet d'apprentissage

La perception des risques provient dans d'autres cas d'un effet d'apprentissage. Catherine Lasnon travaille comme juriste dans un grand groupe industriel. Elle est soumise à un rythme de travail intense, mais elle est appréciée par sa hiérarchie. La reconnaissance lui permet de résister au stress (Siegrist, 1996).

> « C'était gratifiant, j'avais un rôle important, j'étais reconnue. »

Avec l'arrivée d'un nouveau directeur en 2006, la situation se modifie. Le rythme de travail s'intensifie mais surtout son supérieur utilise des techniques vexatoires qui la déstabilisent profondément.

> « Je pleurais le matin en me levant, j'allais travailler en pleurant. Je ne dormais plus, je vomissais le matin. Donc, à un moment donné, ce n'est plus possible. On ne peut pas aller travailler et pleurer ! »

Catherine est donc arrêtée trois mois pour épisode dépressif majeur, suivis de trois mois de mi-temps thérapeutique. Elle est traitée et suivie par un psychiatre qui lui apprend à limiter l'emprise du travail sur sa vie. Elle protège son temps personnel en refusant le « BlackBerry » qu'on lui propose, n'accepte plus de travailler le week-end et pendant ses vacances.

> « Il y a six/sept ans, quand on me le demandait (pendant les vacances), je répondais "oui" quand c'étaient des gros, gros dossiers, car on vous dit que vous n'avez pas le choix. Maintenant, c'est "non". Mais là, je n'ai pas dit "non" comme ça. J'ai été obligée de dire : "non, parce que je ne suis pas joignable, car je pars à l'étranger". Donc, ça m'oblige quand même à mentir (car elle a passé ses vacances chez elle). Donc, ce n'est jamais sain ! »

---

[19] Cf. *supra* p. 27.

Depuis 2006, les directions se succèdent mais le mode de gestion du personnel n'évolue pas. Elle constate que ce qu'elle avait attribué initialement à la personnalité de son supérieur est récurrent. Confortée par une amie qui vit la même situation, elle diagnostique un mode de *management* pathologique :

> « Ma nouvelle directrice quand elle est arrivée il y a quatre mois, elle m'a dit : "vous n'êtes pas assez nombreux". Qu'à cela ne tienne, elle le sait, elle nous met la pression ! Elle nous a donné des objectifs supplémentaires, une charge de travail supplémentaire et maintenant elle nous met la pression, alors qu'elle-même a reconnu qu'on n'était pas assez nombreux au départ. Pour briller, elle a vendu un certain nombre d'objectifs à réaliser. Elle a mis la barre trop haut pour se faire bien voir et du coup, elle nous met la pression pour qu'ils soient atteints, mais ces objectifs ne sont pas réalistes, elle en a bien conscience. »

Cette pression se traduit par un flot quotidien de *mails* (une centaine par jour), des messages agressifs, des demandes constantes de justification sur tel ou tel dossier ainsi que par des reproches et des critiques permanentes. Catherine relate en outre le caractère irréaliste des demandes de sa directrice :

> « Elle m'a demandé de revoir tous les contrats des acheteurs italiens. Ils sont écrits en italien, je ne parle pas l'italien, je ne lis pas l'italien. Comment voulez-vous que je travaille sur des contrats en italien ! Ben non, j'ai récupéré les contrats en italien ! On sombre dans l'absurdité la plus totale ! Voilà. Et, si vous ne le faites pas, on vous dit que vous êtes incompétente ! »

Depuis deux mois, elle sent que des signes dépressifs réapparaissent : fatigue, envie de pleurer, problèmes de sommeil… Elle n'espère plus d'issue positive dans cette entreprise :

> « Le problème, c'est qu'à partir du moment où vous dites "non", de toute façon on vous dit que vous êtes incompétente. Donc, on vous le dit tous les jours, on vous le fait comprendre. Derrière, il y a l'épée de Damoclès où on vous fait comprendre que si vous ne donnez pas satisfaction, on peut très bien se séparer de vous. Et vous vivez tous les jours sous des pressions. Donc, vous perdez confiance en vous, c'est cela qu'il faut éviter. »

L'organisation du travail la met délibérément dans une situation d'échec professionnel. Catherine Lasnon sent venir le moment où elle va replonger dans une dépression comme en 2006 si elle reste dans l'entreprise. L'idée d'une démission fait peu à peu son chemin dans son esprit. Elle sait que ses compétences sont recherchées. La démission a néanmoins un coût : accepter de quitter sa région pour aller en région parisienne où elle pourra postuler sur d'autres postes de ce type.

Pierre Lannoy a vécu une expérience similaire. Il travaille comme responsable informatique dans une entreprise, où il subit l'arbitraire de son supérieur hiérarchique. Sa souffrance morale se traduit dans un registre physique (ulcère, maux de tête…) que son médecin identifie comme une somatisation. Pierre est intimement convaincu de l'origine de ses pathologies :

> « Je le savais, mais j'avais besoin de travailler parce que j'avais une famille à nourrir, parce qu'on n'avait pas nécessairement des ressources extraordinaires l'un et l'autre et qu'on avait trois enfants. Donc, il y a quand même une contrainte alimentaire. Mais il fallait que je trouve un autre travail. J'ai cherché pendant deux ans avant de trouver un autre travail. »

Quelques années plus tard, il est confronté à une situation problématique similaire dans une autre entreprise. Cette fois-ci, le choix sera rapide :

> « Je ne suis pas rentré dans la même tyrannie, j'ai compris très vite le contexte. J'ai dit : "c'est clair, je ne pourrai pas tenir donc il faut partir tout de suite ". J'ai donné ma démission sèche pour le coup. La deuxième fois, on ne se pose pas longtemps la question. On se dit : "je veux la paix, je veux être tranquille, je veux vivre sereinement". Donc, la décision se prend beaucoup plus vite, parce que ce qu'on a déjà vécu on ne veut pas le recommencer. Je me suis dit : "je ne veux pas me bousiller la santé. De toute manière,

c'est ou le boulot ou ma santé. Donc, je choisis clairement la santé, clairement. Et tant pis si je dois être au chômage !" »

Catherine Lasnon et Pierre Lannoy ont tous les deux le souvenir d'une souffrance qui les a profondément marqués. Cette expérience intime aiguise leur perception des effets délétères de certains modes de *management* et des risques qui leur sont afférents. La préservation de leur santé est devenue pour eux prioritaire. Leur niveau supérieur de qualification (niveau II) est un atout pour envisager une mobilité professionnelle externe. À cela s'ajoute un réseau relationnel dans les deux cas. Le patrimoine familial important de Pierre Lannoy et une épargne personnelle pour Catherine Lasnon leur procurent un filet de sécurité dont ne bénéficient pas d'autres enquêté-es.

******

La sociologie des parcours de vie fournit un cadre problématique pour analyser les interdépendances entre les différentes trajectoires. Dans le cadre de la post-enquête, nous avons pris en compte, outre les trajectoires professionnelles et de santé, les trajectoires familiales. L'analyse des interdépendances entre ces trois trajectoires s'est effectuée de manière compréhensive. Celles-ci se composent de séquences de durée différente : des séquences longues caractérisées par une action routinière et des séquences courtes marquées par le changement. L'analyse s'est focalisée sur les séquences courtes qui sont liées à une altération de la santé d'*ego* ou du conjoint. Ces moments, qualifiés de « fatidiques », sont des périodes d'incertitude au cours desquelles s'opère un travail de réflexivité et de recomposition de l'action.

Dans le cas des ruptures, les événements de santé tracent une frontière entre un avant et un après l'événement. Cette césure génère une période d'incertitude où les repères habituels de l'action font défaut. Cette période est également caractérisée par la souffrance dont l'ampleur varie selon les pathologies. Le constat que les choses ne sont plus comme avant est néanmoins un préalable à la recomposition de l'action. Celle-ci s'effectue progressivement en s'appuyant sur des ressources et des supports qui sont inégalement distribués. L'analyse de ces inégalités met en évidence leur caractère multidimensionnel : les inégalités de genre, de santé, de qualification et de statut de l'emploi se conjuguent et peuvent se renforcer ou se compenser mutuellement.

Les transitions se distinguent des ruptures par leur caractère actif. Il ne s'agit pas de s'adapter à un état de fait que l'on constate mais d'anticiper les risques d'altération de la santé par une prévention active. Les transitions peuvent consister en une mobilité interne au sein de l'entreprise (changement de poste, départ en formation), ce qui est le cas pour plusieurs fonctionnaires enquêtés, mais lorsque les solutions en interne n'existent pas, se protéger implique une mobilité externe. Cette alternative est souvent repoussée dans un premier temps au profit d'aménagements en raison du risque de chômage qu'entraînerait une démission. Ce n'est que lorsque les individus constatent que ces aménagements ne sont qu'illusoires qu'ils prennent le risque d'une mobilité externe. Ce risque varie encore fortement selon le niveau de qualification et le sexe. De plus, les atteintes à la santé pénalisent en retour la mobilité. Ce sont ces liens interactifs entre les trajectoires professionnelles et la santé que nous nous proposons maintenant d'analyser dans la troisième partie.

Chapitre 3

TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES ET SANTÉ

1. LES RELATIONS ENTRE SANTÉ ET TRAVAIL

Les relations entre la santé et le travail peuvent se penser selon différents modèles. L'actualité récente et ses retentissements médiatiques tendent à psychologiser les approches de compréhension de ces phénomènes : les problèmes de santé psychiques seraient l'affaire d'individus fragiles qui auraient besoin de soutien psychologique (mise en place de cellules psychologiques au sein des entreprises). Or, réduire le lien entre la santé et le travail à une histoire d'arrangement personnel, c'est gommer les facteurs sociaux et environnementaux. C'est également ne pas prendre en compte l'organisation du travail.

1.1. De l'individuel au collectif

Le travail regroupe plusieurs réalités : un emploi, un statut plus ou moins protecteur (développement des contrats précaires), des activités spécifiques, des satisfactions ou non… Penser le lien entre la santé et le travail, c'est penser le travail dans sa globalité. De nombreuses études mettent en avant l'impact de l'organisation du travail sur la santé des salariés, notamment sur ce qui est communément appelé la « souffrance au travail ». La santé doit elle aussi être pensée dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte toutes les atteintes aux capacités d'agir de l'individu, qu'elles soient d'ordre psychique ou physique. Les modèles de Siegrist (Siegrist, 1996) et Karasek (Karasek, 1990) permettent de rendre compte de l'importance de variables telles que le niveau de satisfaction, la marge de liberté dont disposent les individus, le sentiment d'utilité. Ainsi, parle-t-on de risques psychosociaux. Par ailleurs, penser le lien entre la santé et le travail en termes collectifs et non individuels permet de prendre en compte l'organisation du travail en tant qu'enjeu de bien-être collectif. Ce déplacement de la pensée permet aussi de rendre compte des inégalités sociales.

P. Bouffartigue, J. Pendariès et J. Bouteiller (2010) ont mis en évidence trois modèles d'analyse des relations entre la santé et le travail. Dans le premier modèle, le travail est considéré comme un facteur délétère avec deux types de causalité : « le travail porte atteinte à la santé » et « des processus sociaux ou psychologiques tendent à masquer ces atteintes et/ou leur source professionnelle ». En se référant à ce modèle, les individus sous-estiment les incidences de la vie professionnelle, en particulier l'exposition aux risques professionnels, sur la santé ; tout se passe comme si « des idéologies défensives alimentent banalisation ou déni, alors que le contexte économique – précarité et intensification – favorise des nouvelles formes de déni ou censure ». La prise en compte de ce modèle peut donc conduire à des interprétations paradoxales. Le deuxième modèle est dominé par le premier, car « la bonne santé est invisible et silencieuse mais fonction psychologique du travail ». Les dimensions de reconnaissance au travail, d'autonomie et de coopération avec des collectifs différents jouent alors un rôle important dans la perception de ces liens. Des différences entre sexes et catégories sociales apparaissent et le travail peut être soit destructeur, soit constructeur de santé et présent comme tel dans les représentations communes (« le travail, c'est la santé »). Dans le troisième modèle, il y a inversion du lien de causalité en mettant l'accent sur la manière dont la santé joue sur la vie professionnelle. En particulier, on peut analyser les effets de sélection de la façon suivante : les individus en bonne santé sont surreprésentés dans les postes pénibles ou parmi les actifs occupés et ceux dont la santé est fragile sont écartés ou exclus de la sphère de l'emploi. Ce modèle permet d'expliquer la moins bonne santé des inactifs ou chômeurs (« *healthy worker effect* »).

1.2. Des effets de sélection

Le lien entre la santé et l'emploi peut être pensé à travers le prisme de l'effet de sélection. Plusieurs hypothèses ont été élaborées à ce sujet. Une première hypothèse formule l'idée qu'une sélection professionnelle s'élabore à partir du critère de la santé : le statut socio-économique est prédéterminé par la santé. L'hypothèse de causalité sociale explique au contraire que le statut socio-économique explique l'état de santé, *via* des facteurs intermédiaires tels que comportements et habitudes, facteurs de structure (conditions de travail, habitat, droits sociaux) et facteurs psychosociaux (stress, réseau social et statut relatif) (Ortiz, 2010). On peut considérer que ces hypothèses ne s'excluent pas l'une l'autre et proposer de les combiner, en estimant que l'effet de sélection renforce la causalité. En s'intéressant plus particulièrement aux liens entre santé et sortie du monde du travail, on peut citer de nombreux travaux (Saurel-Cubizolles *et alii*, 2001) (Sermet, Khlat, 2004) (Jusot, Khlat, Rochereau, Sermet, 2007). La sortie du monde du travail, selon les cas, peut être synonyme de chômage, d'inactivité, d'invalidité ou de sortie anticipée du monde du travail par des travailleurs âgés (notamment en préretraite). Nous nous intéressons principalement à la corrélation entre santé et sortie du marché du travail, mais un lien existe aussi entre l'état de santé et l'entrée sur le marché du travail.

C. Sermet et M. Khlat (2004) présentent deux schémas explicatifs des liens entre l'état de santé et le chômage. Dans le premier cas, la santé est le facteur de sortie du monde du travail. Il s'agit d'une sélection directe. Une mauvaise santé exclut de fait le travailleur de l'emploi. En effet, selon une enquête récente, 15,5 % des personnes se déclarant en mauvaise santé entre 1992 et 1996 se retrouvent au chômage quatre ans après (1996-1998) et 14,6 % pour les périodes 1996-98/2000-2002. Les personnes en mauvaise santé ont deux fois plus de risques de devenir sans emploi que les personnes en bonne santé (Jusot, Khlat, Rochereau, Sermet, 2007). La probabilité de sortir de l'emploi est plus grande pour les femmes que pour les hommes. Un diplôme peu élevé est également un facteur de risque de sortie, être âgé de 50 à 54 ans également. Si l'on se restreint au risque d'inactivité, il est trois fois plus élevé en cas de mauvaise santé. Ce passage à l'inactivité est surtout le cas des femmes. Concernant le passage au chômage, il est multiplié par près de deux pour les personnes en mauvaise santé.

On peut, deuxièmement, expliquer la corrélation entre santé et sortie de l'emploi par une causalité indirecte. Là, un troisième facteur influence à la fois l'état de santé et la sortie de l'emploi. Il peut aussi bien s'agir, dans ce cas, d'événement se déroulant dans la sphère professionnelle ou privée. L'état de santé et la situation professionnelle s'influençant mutuellement et poussant finalement le salarié vers la sortie de l'emploi. De plus, C. Sermet et M. Khlat mettent en avant trois autres relations entre la santé et la sortie de l'emploi. La première fait le lien entre le chômage et un mauvais état de santé. Plus un individu est proche du monde du travail, plus son état de santé s'améliore (et *vice-versa*) (Geloty, 1992). La mortalité des chômeurs est de 20 à 30 fois plus élevée que celle des actifs occupés (Sermet, Khlat, 2004). Deuxièmement, il y a un effet d'accumulation, c'est-à-dire : une multitude d'événements, dans l'ensemble de la vie (aussi bien professionnelle que privée), a pu aboutir au chômage ou l'inactivité puis à la maladie, ou à la maladie puis à la sortie de l'emploi. L'effet cumulatif permet d'analyser les rôles des déterminants sociaux de la santé sur la sortie du monde du travail et leur multiplicité (travail, famille, logement…). Mais les salariés qui sont sortis du travail après avoir déclaré un mauvais état de santé perçu ne cumulent pas forcément plusieurs facteurs de pénibilité au travail. Un ou deux facteurs suffisent à la sortie, le plus souvent sur une longue période. Enfin, le dernier modèle représente le chômage comme un effet catalyseur du déclenchement de la maladie. Là, une fragilité originelle débouche sur une maladie à cause de la sortie de l'emploi.

L'état de santé n'aura pas les mêmes conséquences si la personne est une femme ou un homme, si elle est jeune ou proche de l'âge de la retraite ; un mauvais état de santé n'influencera pas de la même façon sa trajectoire professionnelle. Selon l'article L. 122-45 du code du Travail, « aucune

personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, (…) en raison de son état de santé ou de son handicap ». Mais, la loi ne faisant pas tout, des liens entre la santé et la position sur le marché du travail existent. Nous nous proposons de les analyser de manière dynamique en nous centrant sur les trajectoires professionnelles et leurs liens avec la santé.

2. TYPOLOGIES DES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES

L'analyse statistique des trajectoires professionnelles prend généralement la forme de typologies ou d'analyses économétriques. L'analyse typologique constitue un préalable qui permet de conserver l'ensemble des états et la succession des événements. La recherche des régularités et des ruptures ou bifurcations aboutit à une mise en forme dont le résultat est une variable synthétique qui peut servir de base à une modélisation économétrique. Rappelons que les différentes méthodes de construction de trajectoires s'inscrivent dans une approche multidimensionnelle, descriptive et exploratoire qui vise à rassembler les individus les plus proches dans des groupes ou des classes, pour décrire des populations de manière synthétique et différenciée.

Voici les principales étapes de notre travail :

- Construction du calendrier annuel des séquences

- Construction de deux typologies (méthodes et fenêtres d'observation différentes)

- Repérage des classes de trajectoire dans lesquelles des ruptures et/ou transitions existent et des classes plus stables où un état domine.

2.1. Construction du calendrier annuel des séquences

À partir de la base agrégée (emplois longs+emplois courts+chômage+inactivité), le calendrier est construit avec les états annuels suivants :

01=emploi long

02=emploi court, principalement en emploi (appelé emploi assez précaire)

03= emploi court, autre (appelé emploi très précaire)

04=inactivité longue (plus d'un an)

05=retraite

06=chômage long (plus d'un an).

Pour différencier les états 02 et 03, nous avons utilisé la variable « asit » (la personne est principalement en emploi ou non). Les années indicatives de début et de fin des périodes sont données par les variables suivantes :

Emploi long : ed, ef

Emploi court : altd, altfaj

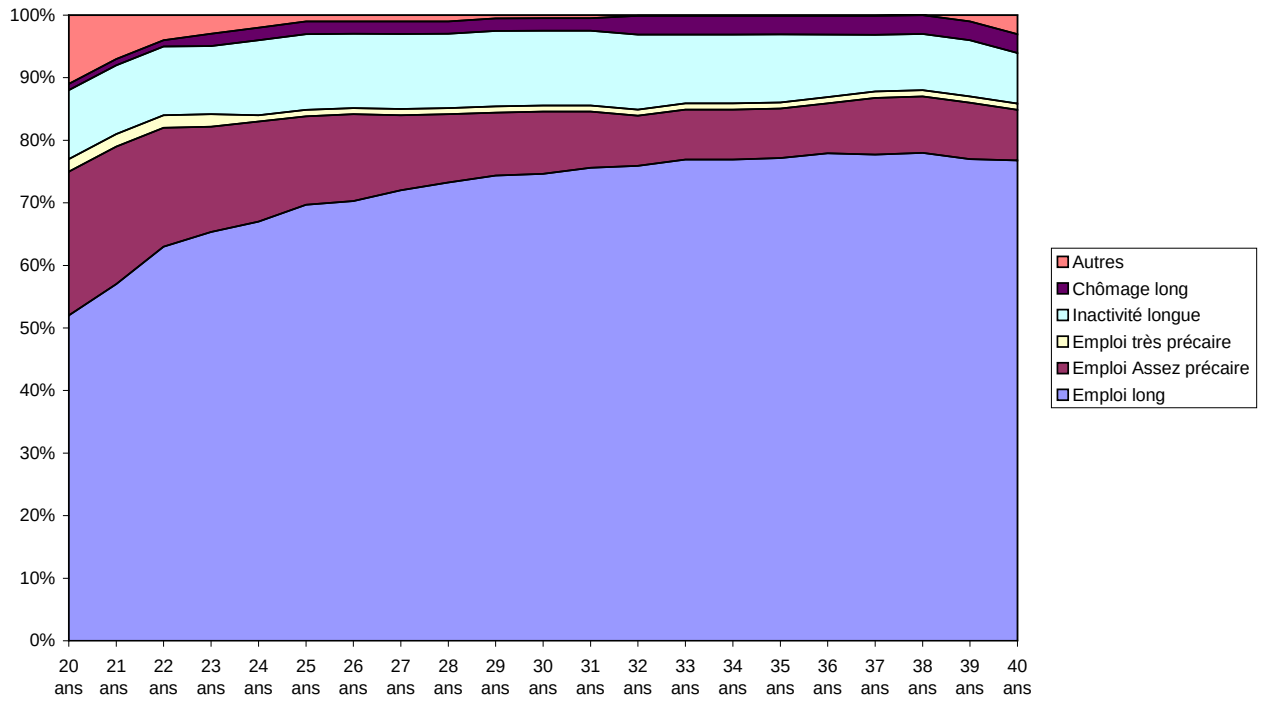
Inactivité : inad, inaf

Chômage : chod, chof.

À partir des années (après résolution de quelques problèmes dus aux années répétées ; voir annexes), nous sommes passées aux âges : situation à 20 ans, 21 ans..., à 40 ans, puis 41 ans… jusqu'à 54 ans. Pour les situations de 20 ans à 40 ans, tout l'échantillon est concerné mais une partie seulement après 40 ans (censure à droite).

Ainsi, par exemple, à 20 ans, notre échantillon des 40 à 54 ans se trouvait dans les situations suivantes : 52 % en emplois longs, 23 % en emplois dits assez précaires, 2 % en emplois très précaires, 11 % en inactivité longue (plus d'un an), 1 % au chômage long (plus d'un an) et 11 % plutôt encore en formation. À 40 ans, les situations sont les suivantes : 77 % en emplois longs, 8 % en emplois assez précaires, 1 % en emplois très précaires, 8 % en inactivité longue, 3 % en chômage long et 3 % dans d'« autres » situations (la catégorie « autres » désigne une période d'études en début de période et essentiellement la préretraite ou retraite en fin de période).

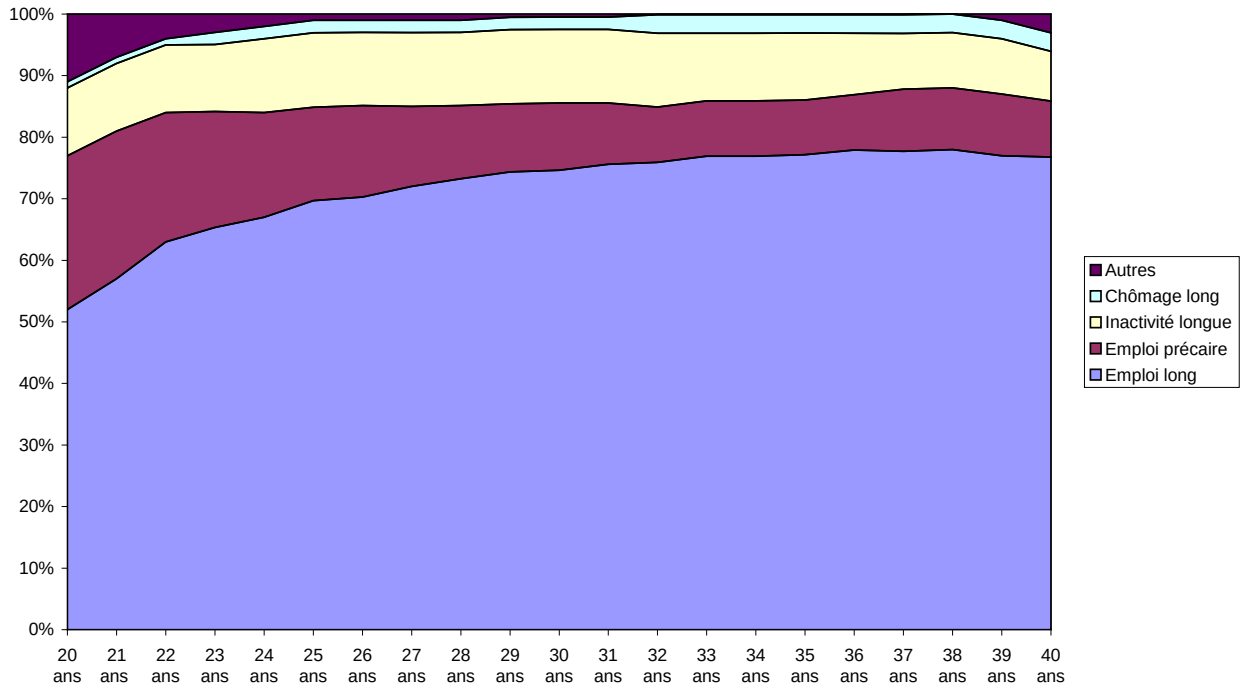
Graphique 19 : Chronogrammes des trajectoires professionnelles en six états



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

Après regroupement des emplois courts (appelés « emplois précaires »), nous obtenons la représentation suivante :

Graphique 20 : Chronogrammes des trajectoires professionnelles en cinq états



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=4 308, % pondéré, et 3 480 actifs occupés à la date de l'enquête).

2.2. Typologies des trajectoires professionnelles

La construction d'une typologie doit aboutir à une représentation synthétique des parcours sachant qu'il existe autant de trajectoires possibles que d'individus. Il s'agit donc de regrouper les données et d'identifier des groupes homogènes de trajectoires assimilables – sur des critères à définir, et là se trouve un enjeu important pour le résultat final –, illustrées par des parcours-types.

Les deux typologies ont été élaborées à partir du calendrier des 40 à 49 ans afin de tenir compte des résultats précédents concernant les différences d'emploi et de morbidité liées à l'âge entre les personnes âgées de 50 à 54 ans et celles de 40 à 49 ans.

La première typologie porte sur vingt et une années communes d'observation et utilise la distance de la méthode de l'*optimal matching*[20] [21] (appariement optimal). La seconde typologie prend mieux en compte la structure temporelle des données avec une distance adaptée sur la totalité de la fenêtre de 20 à 49 ans et, éventuellement, une censure à droite pour certains individus.

[20] Voir par exemple (Lesnard, de Saint Pol, 2006).

[21] Sur la même fenêtre d'observation, les résultats obtenus par d'autres méthodes et d'autres mesures de distances sont très comparables.

2.2.1. Première typologie : obtenue par la méthode d'appariement optimal (Optimal Matching, OM)

Un premier essai de typologie des trajectoires a été construit à partir de l'observation des cinq états au cours des vingt et une années d'observation (de 20 à 40 ans).

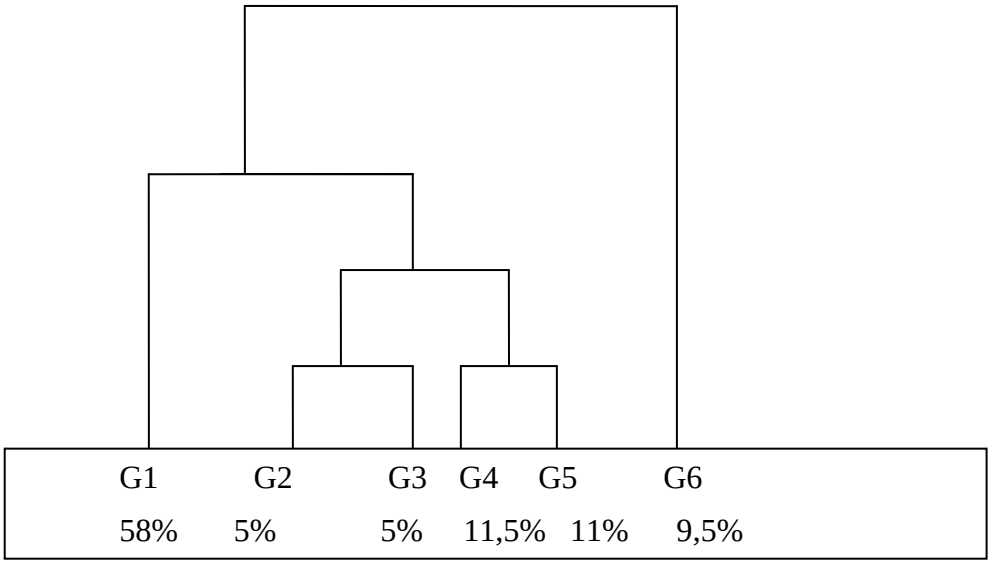
L'OM est une procédure qui calcule la distance minimale entre chaque paire de séquences à partir d'une matrice de coût de transformations entre les états. Les opérations possibles sont l'insertion ou la suppression (coût indel) d'un état ou la substitution d'un état par un autre.

Les états sont : emploi long, emploi court, inactivité, chômage, étude, autres (études en début de période et préretraite ou retraite en fin).

La transition la plus problématique (du point de vue de l'emploi) est celle de l'emploi vers l'inactivité, le coût associé a été fixé à trois ; les autres coûts étant intermédiaires[22]. À partir de la matrice des distances ainsi obtenues, nous pouvons alors appliquer une procédure de classification hiérarchique et représenter les trajectoires types (classification ascendante hiérarchique avec critère de Ward).

Un modèle logit polytomique non ordonné permet d'analyser les corrélations entre les classes obtenues par la typologie et les principales caractéristiques individuelles et de santé. Un tableau des statistiques descriptives et comparatives des groupes (tableau 5) a également été élaboré pour aider à l'interprétation des groupes ainsi que des chronogrammes : pour chaque groupe comme ci-dessus pour l'ensemble des 40-54 ans, chaque chronogramme donne la part de chaque état à chaque date d'âge des personnes (et donc à des dates historiques différentes, étant donné la diversité de leurs âges au moment de l'interrogation) (graphique 22). Six groupes ont été identifiés. Ils sont structurés de la manière suivante (graphique 21).

Graphique 21 : Arbre hiérarchique de la première typologie T1 (trajectoires de 20 à 40 ans des personnes âgées de 40 ans à 49 ans)



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 49 ans (n=2 746, % pondéré). Classes d'itinéraires de 20 à 40 ans.

[22] Si l'on fait varier les coûts, les résultats restent très comparables.

La classe 1 est caractérisée par un accès rapide à un emploi long (58 % de l'échantillon). Ensuite, la trajectoire est stable, sans vraiment de rupture ou transition. Le chronogramme indique qu'à 20 ans, 73 % de la classe est en emploi long, 97 % à 34 ans et 93 % à 40 ans. On ne décèle, par ailleurs, aucun lien entre indicateurs de santé et trajectoires et peu de lien avec les caractéristiques individuelles : les femmes sont légèrement sous-représentées dans cette classe (50 %, contre 57 % en moyenne).

À l'opposé, la classe 6, qui regroupe 10 % de l'échantillon, est caractérisée par une forte inactivité : près de 50 % à 20 ans, maximale à 92 % à 34 ans. On note ensuite une reprise progressive d'activité en emploi long ou court mais 57 % des individus de cette classe restent inactifs à 40 ans. 91 % de femmes composent cette classe qui déclare le plus souvent une santé actuelle moyenne, mauvaise ou très mauvaise (37 % contre 24 % en moyenne). Ce résultat est cohérent avec les premiers résultats descriptifs et les travaux qui mettent en évidence inactivité et mauvaise santé (Jusot, 2007) : « un actif ayant un emploi a beaucoup plus de chances de devenir inactif s'il déclare souffrir de problèmes de santé ». Ce groupe est également caractérisé par une surreprésentation des « sans diplôme » (près de 40 %, contre 18 % en moyenne) et des employées (66 %, contre 33 % en moyenne) en son sein. Ces résultats sont à rapprocher de l'extension de l'Allocation parentale d'éducation[23] (APE) en 1994 aux parents de deux enfants – de fait aux mères[24] – qui a entraîné une rupture dans les comportements d'activité : chute du taux d'activité des mères de deux enfants (- 16 points de 1994 à 1997). L'incitation à l'inactivité s'exerce principalement à destination des femmes les moins qualifiées (Méda, Simon, Wierink, 2003). Les employées et les ouvrières disposent de peu de marges de manœuvre pour négocier des aménagements de leurs conditions de travail : horaires contraints, insécurité de l'emploi, faible autonomie dans le travail. De plus, leurs revenus n'autorisent pas l'externalisation d'une part du travail domestique. À ces facteurs s'ajoutent l'instabilité et la précarité de l'emploi, qui favorisent le retrait des femmes du marché du travail et le choix de l'APE.

Les classes 4 (11 %) et 5 (11 %) rassemblent des individus accédant plus tardivement à un emploi long (autour de 30 ans pour la classe 4 et 37 ans pour la classe 5). La classe 4 est composée à 44 % de diplômés de niveau bac + 2 ou plus (24 % en moyenne), s'insérant plus tardivement sur le marché du travail en raison de leurs études. Corrélativement, on compte dans cette classe 53 % de cadres ou professions intermédiaires, contre 37 % en moyenne. Dans la classe 5, les transitions vers l'emploi long se sont produites après une (ou plusieurs) périodes d'emplois courts de chômage ou d'inactivité : 33 % on connu une période d'inactivité d'au moins un an (20 % en moyenne), 33 % une période d'au moins un an de chômage (22 % en moyenne). L'itinéraire professionnel de la classe 5 est donc plus heurté que dans la classe 4. Près d'un tiers des individus de cette classe déclare deux incidents de santé ou plus.

Les itinéraires les plus chaotiques sont rassemblés dans les classes 2 (5 %) et 3 (5 %) à majorité féminine (resp. 70 % et 63 % de femmes). On constate une perte d'un emploi long autour de 25 à 27 ans (classe 2) avec des transitions vers le chômage ou l'inactivité. Dans la classe 3, c'est l'emploi court qui domine les trajectoires (plus de 70 % des individus chaque année).

Les caractéristiques associées sont les suivantes (tableau 4) : plutôt 40 à 44 ans (classe 2 et 3), sans diplôme (classe 3), ouvriers (classe 3), santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise santé déclarée (plus du tiers des individus, contre 24 % en moyenne), itinéraires déclarés comme perturbés par la santé pour 56 % des individus dans la classe 3 et 38 % dans la classe 2, contre 31 % en moyenne.

---

[23] L'APE consiste à verser une allocation – du niveau d'un demi-Smic- au parent qui s'arrête de travailler après la naissance du deuxième enfant. Elle est assortie ou non d'un congé parental garantissant la réembauche à l'issue de la période d'allocation. Les salariées précaires ne bénéficient pas de cette possibilité.
Voir http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er451.pdf
ou http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er465.pdf

[24] Les bénéficiaires de l'APE sont à 98 % des femmes (Boyer, Renouard, 2003).

En dehors de la classe 1 (58 %), toutes les classes présentent des perturbations d'itinéraires et des liens avec l'état de santé mais plus particulièrement les classes 2, 3, et 6. On peut supposer que, dans la classe 2, la perte d'un emploi long est en relation avec l'état de santé. Dans la classe 3, l'absence de stabilisation dans un emploi long également (56 % d'itinéraires perturbés). Dans la classe 6, plusieurs facteurs se conjuguent : la situation familiale, la précarité de l'emploi et l'état de santé.

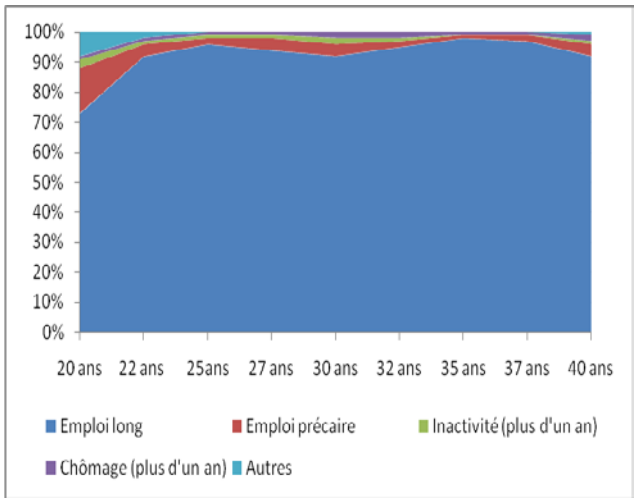
Tableau 5 : Caractéristiques des groupes de la première typologie (T1)

	G1 (58 %)	G2 (5 %)	G3 (5 %)	G4 (11 %)	G5 (11 %)	G6 (10 %)	Ensemble
Nbre moyen d'emplois longs	19,6	11,2	0,6	14,4	10	2	15
Nbre moyen d'états	1,6	3	2,5	2,6	2,8	2,3	2
Nbre d'épisodes	1,8	3,7	3,8	3,1	3,4	2,8	2,4
% Femmes	50	70	63	51	60	91	57
% 40-44 ans	48	58	64	52	49	43	49
% diplôme égal ou supérieur Bac+2	21	28	17	44	26	13	24
% sans diplôme	15	12	28	10	20	39	18
% Cadres	37	29	19	53	37	11	37
% Employés	28	31	47	23	33	66	33
% Ouvriers	22	25	27	13	17	18	20
Moins de 50 % d'EL	1	43	100	19	57	98	25
Plus de 20 % d'EC	10	54	99	51	72	36	31
Inactivité (+ de % IP)	4	35	24	13	33	100	20
A connu chômage plus d'un an	13	47	63	22	33	28	22
% 2 Incidents et plus	21	32	32	22	30	25	23
% santé perçue déclarée comme moy. ou mauv.	21	33	34	19	27	37	24
Itinéraires déclarés perturbés par santé *	30	38	56	28	30	33	31
ALD *	13	19	18	10	8	24	14

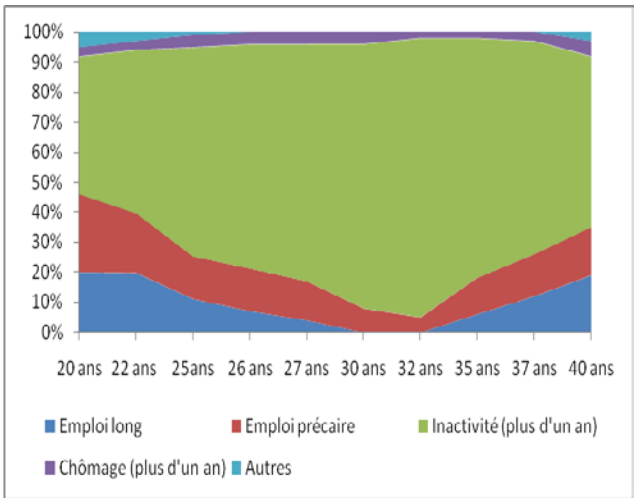
Note * : calculé sur l'ensemble de ceux qui déclarent au moins un événement de santé.
Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 49 ans (n=2 746, % pondéré). Classes d'itinéraires de 20 à 40 ans.

Graphique 22 : Chronogrammes de la typologie 1 (T1) en six classes

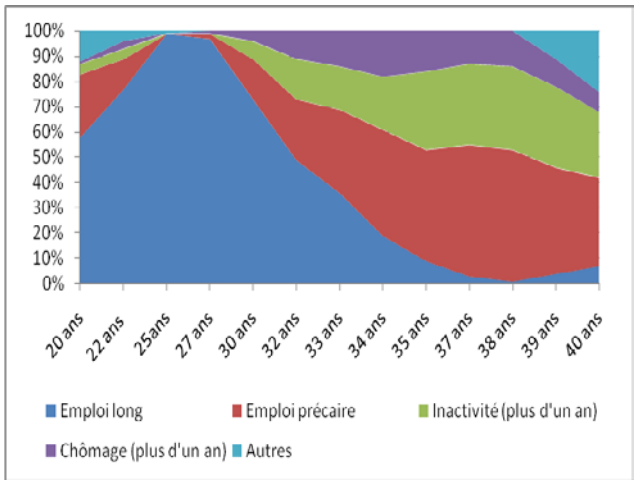
Classe 1 (58 %)



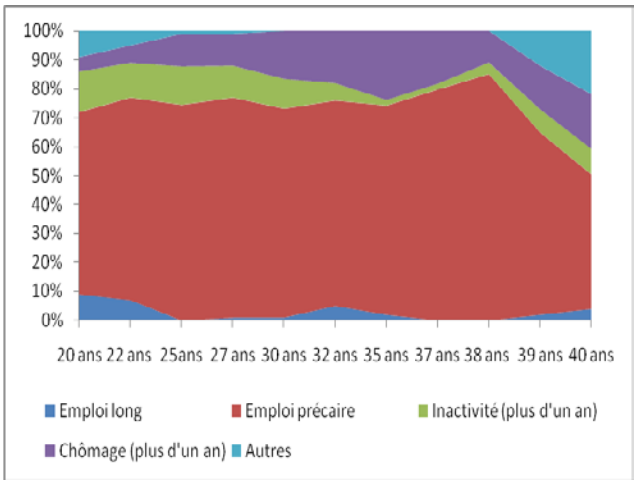
Classe 6 (10 %)



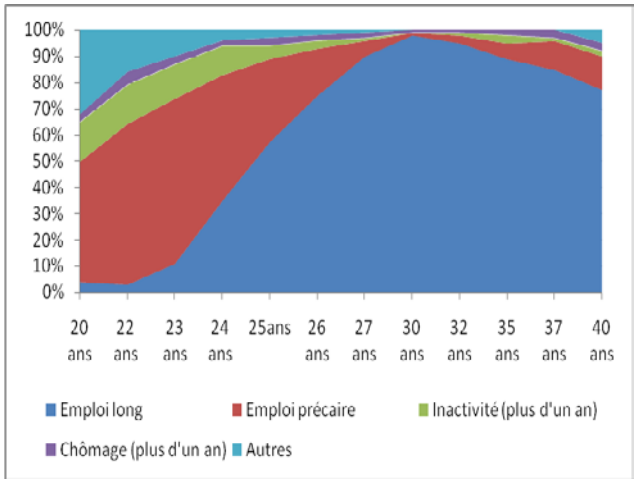
Classe 2 (5 %)



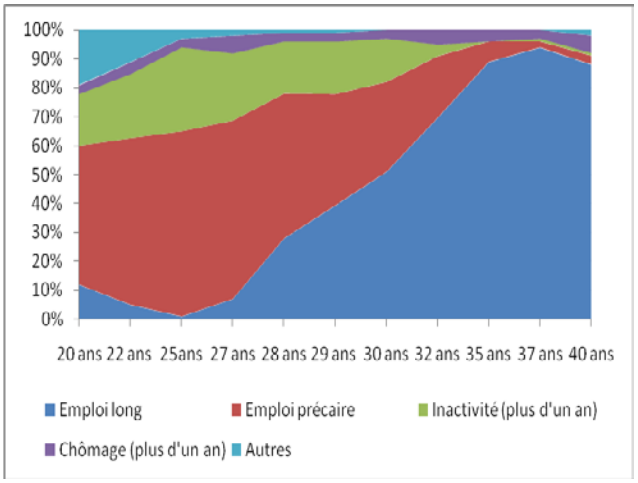
Classe 3 (5 %)



Classe 4 (11 %)



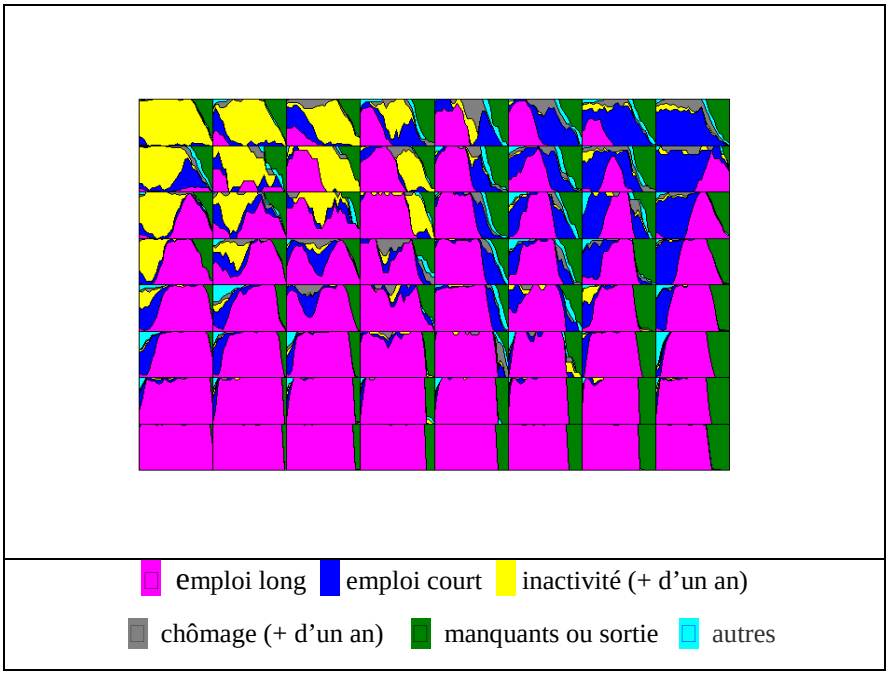
Classe 5 (11 %)



2.2.2. Deuxième typologie (T2) en six classes obtenue en utilisant les cartes d'auto-organisation de Kohonen

Dans la typologie précédente, seules les années de 20 à 40 ans étaient prises en compte dans une fenêtre commune. Dans la typologie présentée ci-dessous, l'ensemble de la fenêtre 20 à 49 ans est analysée avec donc une censure à droite de 41 à 49 ans, variable selon l'âge de l'individu à la date de l'enquête. Nous tenons compte également de la dynamique temporelle de la façon suivante (Rousset, Giret, 2007). La distance entre les états indicés par le temps est une distance entre « situations ». Cette distance réunit des situations qui offrent les mêmes transitions vers le futur, en donnant plus de poids aux transitions à court terme plutôt qu'à celles à long terme. Cette distance tient compte à la fois de la distance entre les états mais également de la dynamique temporelle. La classification est réalisée à l'aide des cartes d'auto-organisation selon l'algorithme de Kohonen qui généralise les méthodes de type « centres mobiles » en introduisant une notion de voisinage entre les classes. Chaque classe est repérée par son chronogramme qui indique pour chaque date la part de chaque état ; deux classes proches ayant des chronogrammes similaires. Le système de représentation des classes est organisé selon un système en fonction de leur proximité de la façon suivante (graphique 23) :

Graphique 23 : Typologie dynamique (T2)
des trajectoires professionnelles en 64 classes



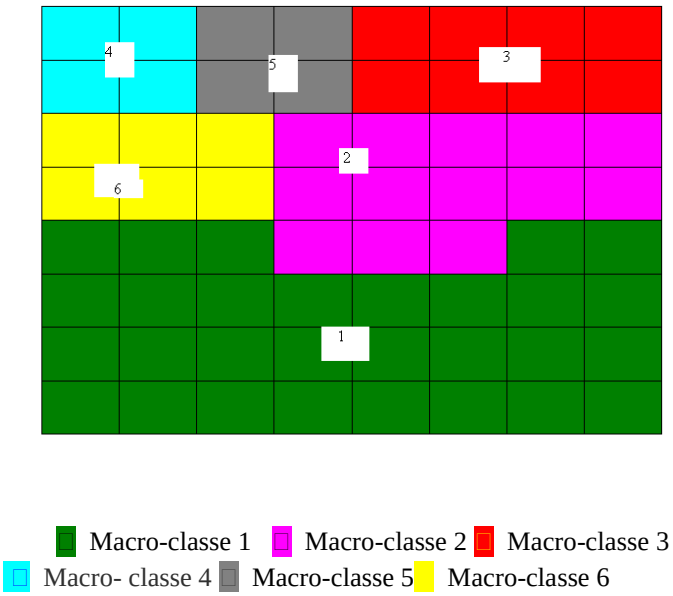
Source : enquête SIP, 2006

Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 49 ans (n=2 746, % pondéré). Classes d'itinéraires de 20 à 49 ans.

Au centre de la carte figurent les transitions de l'emploi long vers le chômage (rose vers gris) ou l'emploi court (rose vers bleu). À l'est, il s'agit des transitions vers l'emploi long, ou l'emploi long suivi de la censure à droite. À l'ouest, on trouve les transitions de l'inactivité vers l'emploi long. Au nord-ouest et au nord, l'inactivité ou vers l'inactivité plus tardive. Au nord-est, la perte de l'emploi long vers un emploi court, l'emploi court et les transitions de l'emploi court vers l'emploi long. Enfin, le sud de la carte est occupé majoritairement par l'emploi long ou l'emploi long avec la cen-

sure à droite. On remarque que le passage de l'emploi long vers l'inactivité ou l'emploi court se situe au nord/nord-est. Si l'on revient à un niveau de description en six macro-classes par une méthode de nuées dynamiques, on obtient la configuration suivante (graphique 24) :

Graphique 24 : Typologie dynamique (T2)
des trajectoires professionnelles en six macro-classes



Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 49 ans (n=2 746, % pondéré). Classes d'itinéraires de 20 à 49 ans.

La classe 1 (61 %) recoupe la classe majoritaire précédente (emploi long majoritaire). Les classes 4, 5 et 6 sont très majoritairement ou essentiellement féminines et sont caractéristiques des variantes de l'inactivité : une trajectoire marquée par l'inactivité quasi permanente (classe 4), une trajectoire d'inactivité après une carrière en emploi long ou court (classe 5) et enfin une trajectoire d'inactivité suivie d'une reprise d'emploi (classe 6).

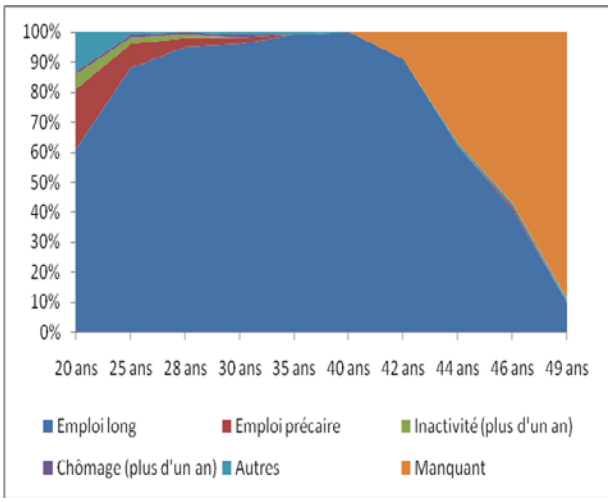
La prise en compte de la temporalité est ici essentielle pour analyser finement les trajectoires féminines. Quelques différences apparaissent entre les classes 4, 5 et 6 (tableau 6) :

Classe 4 (7 %) : la moins diplômée (41 % de « sans diplôme », contre 18 % en moyenne). Il s'agit ici, comme précédemment, de l'inactivité associée aux femmes les moins qualifiées. La combinaison « absence de qualification » et « absence d'emploi » est corrélée à un mauvais état de santé (34 %, contre 24 % en moyenne).

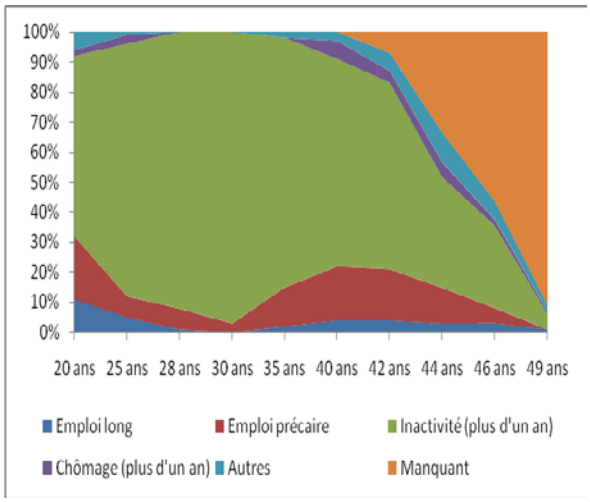
Classe 5 (3 %) : la trajectoire professionnelle est marquée par l'inactivité après une période d'emploi. La santé actuelle est également mauvaise (38 %, contre 24 % en moyenne). Une ALD est déclarée qui peut expliquer le retrait du marché du travail (44 %, contre 14 % en moyenne). De plus, un arrêt de travail de plus de six mois a marqué les trajectoires dans 17 % des cas (contre 9 % en moyenne).

Graphique 25 : Chronogrammes des six macro-classes de la deuxième typologie (T2)

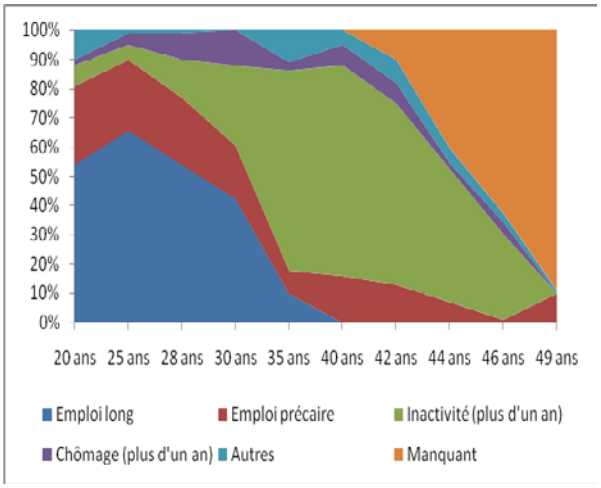
Classe 1 (61 %)



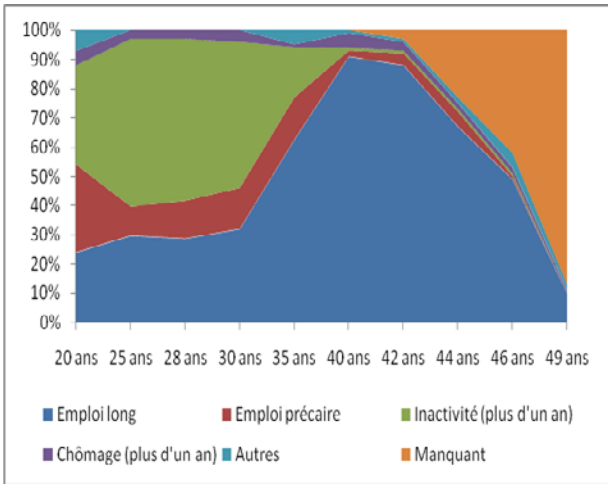
Classe 4 (7 %)



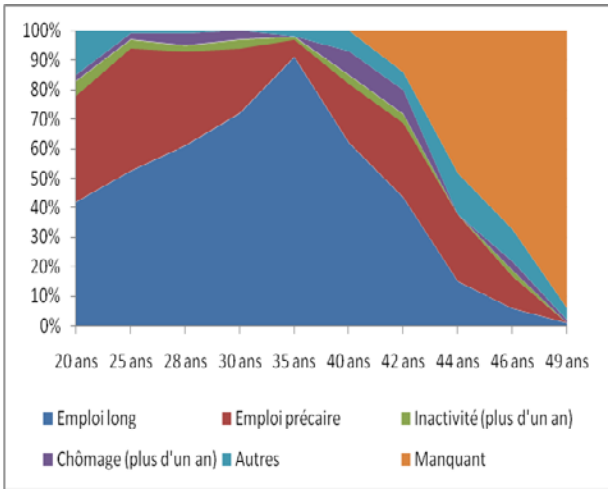
Classe 5 (3 %)



Classe 6 (6 %)



Classe 2 (13 %)



Classe 3 (10 %)

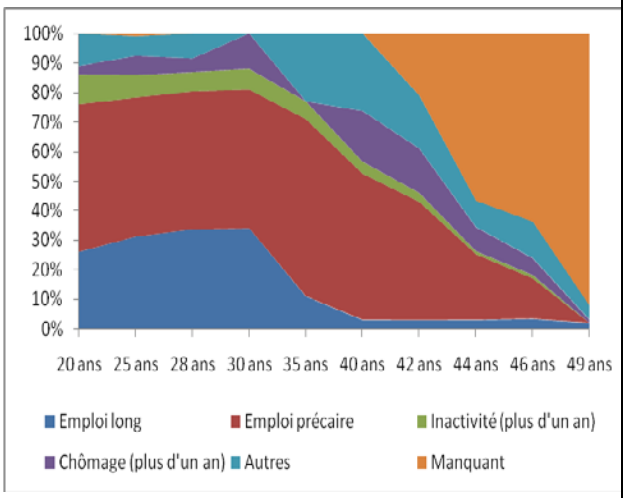


Tableau 6 : Caractéristiques des classes de la deuxième typologie (T2)

	G1 (61 %)	G2 (13 %)	G3 (10 %)	G4 (7 %)	G5 (3 %)	G6 (6 %)	Ensemble
% Femmes	49	48	60	93	83	92	57
% 40-44 ans	47	56	66	44	51	36	49
% diplôme égal ou supérieur Bac + 2	26	27	20	11	29	15	24
% sans diplôme	13	17	22	41	23	28	18
% Cadres	41	38	21	13	26	24	37
% Employés	28	26	40	56	45	59	33
% Ouvriers	20	26	32	29	25	9	20
Moins de 50 % d'EL	0	33	84	100	69	56	25
Plus de 20 % d'EC	13	61	91	30	41	42	31
Inactivité (+ de % IP)	3	7	19	100	94	75	20
A connu chômage plus d'un an	10	34	60	25	41	33	22
% 2 Évts et plus	22	22	31	28	27	28	23
% santé perçue déclarée moy. ou mauv.	20	21	36	35	38	31	24
Itinéraires déclarés perturbés par santé *	27	39	49	26	32	30	31
ALD *	11	12	14	26	44	10	14

Note * : calculé sur l'ensemble de ceux qui déclarent au moins un incident de santé.
Source : enquête SIP, 2006.
Champ : exclusion des problèmes de santé, accidents et handicaps ayant marqué l'enfance, interrompu un apprentissage ou une formation professionnelle et des enquêtés qui n'ont jamais pu travailler ou ceux dont l'itinéraire professionnel est incomplet. Personnes âgées de 40 à 49 ans (n=2 746, % pondéré). Classes d'itinéraires de 20 à 49 ans.

Classe 6 (6 %) : le début de carrière est caractérisé dans la moitié des cas par des emplois longs ou courts ou par de l'inactivité. Peu à peu, il y a reprise d'activité et vers l'âge de 40 ans, la quasi-totalité a repris un emploi. On compte 28 % de « sans diplôme » (18 % en moyenne) et 64 % de personnes âgées de 45 à 49 ans (51 % en moyenne). La santé actuelle est moyenne, mauvaise ou très mauvaise dans un cas sur trois (24 % en moyenne).

Les deux autres classes 3 (10 %) et 2 (13 %) sont caractérisées par des itinéraires assez heurtés.

Dans la classe 3, on observe une majorité d'emplois courts et quelques cas de perte d'emplois longs. On observe également des cas de sorties précoces vers des situations appelées autres avant 40 ans. La santé est mauvaise dans 35 % des cas (24 % en moyenne) et les itinéraires ont été fortement perturbés par des incidents de santé dans près de la moitié des cas (49 %, contre 31 %, dans le cas où au moins un incident de santé est déclaré). Une majorité d'ouvriers ou d'employés sont dans ce

groupe (72 %, contre 53 % en moyenne). Le travail actuel est considéré comme exigeant physiquement et psychiquement (68 %, contre 54 % en moyenne).

Dans la classe 2, l'accès à un emploi long est tardif, et, même si la santé n'est pas plus souvent déclarée mauvaise qu'en moyenne, on observe quelques itinéraires perturbés par des incidents de santé (39 %, contre 31 %).

2.3. Relations santé-travail

Les liens entre inactivité, chômage et santé sont bien identifiés dans les deux typologies. Elles ont mis en évidence trois grands types de trajectoires chaotiques en liaison étroite avec la santé. Il s'agit des trajectoires d'emplois précaires associés le plus souvent au chômage (classe 3 de T1 (5 %), classe 3 de T2 (10 %)), des trajectoires dans lesquelles on note la perte d'emplois longs (classe 2 de T1 (5 %) et T2 (12 %) et enfin les trajectoires d'inactivité avec leurs variantes (classe 6 de T1(10 %), classe 4 (6 %), 5 (3 %) ou 6 (6 %) de T2)[25].

La perturbation des itinéraires est très nette **dans le premier type** (chômage et emplois courts). La santé actuelle est également problématique (dans plus du tiers des cas, contre 24 % en moyenne). Des épisodes de dépression ont également été déclarés dans un tiers des cas (22 % en moyenne). Le travail est déclaré exigeant physiquement et psychiquement dans près de 70 % des cas (54 % en moyenne) et corrélativement, on compte plus de 70 % d'employés ou d'ouvriers (53 % en moyenne). Les deux classes se recoupent dans un sens à 95 % ; la classe 3 de T1 étant constituée d'un sous-groupe de la classe 3 de T2. Les femmes sont également majoritaires.

Dans le deuxième type, la perte d'un emploi long (classe 2 de T1 et T2) est souvent associée à des itinéraires perturbés mais, dans le cas de T1, la santé actuelle est déclarée mauvaise dans plus du tiers des cas, alors que, dans T2, il s'agit seulement de 21 % des cas (24 % en moyenne). Les différences de prise en compte de la temporalité entre les deux typologies peuvent expliquer cet écart dans la mesure où la perte de l'emploi long peut apparaître plus tardivement dans la classe 2 de T2, où les femmes sont majoritaires.

Enfin, le troisième type concerne l'inactivité avec toutes les variantes étudiées précédemment : la classe 4 unique de T1, les classes 4, 5, 6 de T2. Nous pouvons expliquer les différences entre classes en tenant compte des temporalités associées à des situations spécifiques que nous rappelons ici : pour T2, une trajectoire marquée par l'inactivité quasi permanente (classe 4), une trajectoire d'inactivité après une carrière en emploi long ou court (classe 5) et enfin une trajectoire d'inactivité suivie d'une reprise d'emploi (classe 6) et pour T1 une seule classe d'inactivité.

Rappelons que dans les trajectoires d'emplois longs, qui regroupent plus de la moitié des enquêtés, l'impact de l'état de santé n'est pas attesté.
Voici quelques résumés d'entretiens qui illustrent certains de ces types.

2.3.1. Trajectoires d'emplois longs et santé invisible

Christian Canu (50 ans, marié, deux enfants) débute à 18 ans dans la métallurgie. Il exerce pendant deux ans des emplois d'ouvrier avant d'entrer dans la Fonction publique. Cette transition est pour lui source de fierté : « *j'étais en costume, c'était un autre monde* ». Il quitte cet emploi sept ans plus tard pour des raisons de conciliation de vie de couple et obtient un poste de comptable dans une entreprise para publique dans laquelle il travaille encore. Il est devenu depuis représentant syndical. Malgré la maladie invalidante de sa femme (déclarée en 2000 et maintenue à son domicile sous assistance) et deux adolescents à charge, il s'est toujours maintenu dans l'emploi. Son travail lui permet le maintien d'une vie sociale.

[25] Résultats comparables à ceux de la typologie élaborée par Coutrot *et alii*, 2010.

Claire Legrand (44 ans, divorcée, deux enfants) est embauchée à 22 ans en usine et est licenciée pour des raisons économiques cinq ans plus tard. Elle garde de mauvais souvenirs de cette période : « *à l'usine, je n'étais qu'un numéro* ». Elle débute quelque temps après en tant qu'agent des services hospitaliers dans un hôpital près de chez elle et y travaille depuis dix-sept ans. Bien qu'elle ait des crises de sciatique régulières, de l'arthrose et des douleurs récurrentes, Claire Legrand s'est toujours maintenue en emploi. Elle bénéficie d'une aide importante de la part de ses collègues, se sent valorisée dans et par son travail ; son travail lui plaît.

2.3.2. Trajectoires heurtées et incidences sur la santé

Isabelle Deshayes (46 ans, mariée, sans enfant) a une trajectoire professionnelle heurtée, marquée par la conjugaison de problèmes de santé et de précarité professionnelle. À l'âge de 19 ans, elle « craque » brutalement et est en dépression pendant plusieurs mois. Elle reprend ensuite une formation, mais durant lequel elle connaît également un épisode de crise d'angoisse. Suit une période d'emplois précaires. Elle se stabilise ensuite dans un emploi très rémunérateur dont elle est licenciée suite à une réorganisation de l'activité. Par relation, on lui propose un poste équivalent dans une autre entreprise, qu'elle quitte après le premier jour à la suite d'une crise d'angoisse. Elle regrette encore aujourd'hui cette démission. Depuis, sa « carrière » est entrecoupée : missions d'intérim, reprise d'une formation, travail dans une municipalité. Elle démissionne une nouvelle fois en 2009 de son emploi pour prendre en charge, à son domicile, sa mère malade et assure parallèlement à domicile le secrétariat d'un indépendant.

2.3.3. Inactivité qui n'a pas le même sens selon le moment où elle survient

Sortie liée aux conditions de travail

Sylvie Bourgoin (45 ans, mariée, un enfant) commence à travailler comme magasinière à l'âge de 19 ans. Le port de charges lourdes et répétitives pendant toutes ces années engendre des problèmes de santé. En 2000, elle déclare une première hernie discale. Sa santé s'aggrave au fur et à mesure des années. Elle est ensuite licenciée après avoir été déclarée inapte au travail. Elle vit très mal cette inactivité qui l'a conduite à être seule très souvent (son mari est routier). Elle n'a pas accepté le fait de ne pas être reclassée par l'entreprise qui s'est contentée de lui proposer un poste dont la localisation ne lui convenait pas. Elle continue malgré les douleurs à assumer l'essentiel des tâches domestiques. Elle recherche un nouvel emploi mais appréhende de ne pas pouvoir tenir physiquement.

Une maladie brusque entraîne la sortie

Brigitte Charrier (50 ans, veuve, deux enfants) quitte l'école à 15 ans lorsqu'elle rencontre son mari et exerce différents emplois (dans le commerce, la restauration…) avant d'être embauchée en en usine en 2000. Elle déclare ensuite un cancer des poumons, son mari déclare la même maladie un an après et décède. Elle est à la même période déclarée inapte au travail. Elle garde de nombreux contacts avec ses collègues et est en bonne relation avec la direction. Malgré la fatigue et les traitements encore lourds, elle espère reprendre son travail dès que possible.

L'inactivité en début de vie liée à l'éducation des enfants

Deux configurations se présentent. Dans un premier cas qui tend à devenir minoritaire, les trajectoires des femmes débutent par une période d'inactivité, plus ou moins longue selon le nombre de leurs enfants, puis reviennent sur le marché du travail. Dans un second cas, les femmes sont actives puis interrompent pendant quelques années leur activité après la deuxième ou troisième naissance. La réinsertion professionnelle après une période d'inactivité sera dépendante du niveau de qualification initial et du degré d'éloignement du marché du travail.

2.3.4. Des effets de sélection peu visibles dans l'enquête SIP

Les effets de sélection sont appréhendés par l'enquête SIP lorsqu'ils se manifestent par des transitions vers d'autres états, par exemple le chômage ou l'inactivité. Ils sont, en revanche, peu visibles par les *items* de l'enquête quantitative, lorsqu'il s'agit de mobilité vécue par les salariés comme un déclassement sans que cela se traduise par des changements aisément objectivables. François Fresnay (50 ans, divorcé, deux enfants) est fonctionnaire territorial. Il a commencé sa carrière en tant que conducteur de travaux dans une petite municipalité. Il a ensuite progressé assez rapidement au sein de la Fonction publique territoriale et devient ingénieur dans une municipalité plus importante. Il encadre une équipe de plus de cinquante personnes. Il est fier de sa réussite professionnelle. « *Dans ces moments, entre guillemets de gloire parce que c'est vrai qu'on apprécie d'avoir des responsabilités, on apprécie aussi d'avoir une carrière intéressante et de faire des choses qui nous plaisent. Donc, professionnellement et personnellement, c'est enrichissant.* » Suite à sa dépression, il renonce à ce poste auquel il tenait. Il postule pour un emploi dans une petite municipalité qu'il perçoit comme un déclassement. « *Je ne cherche plus à être carriériste* », dira-t-il. Son statut ne se modifie pas, même s'il occupe davantage un poste de technicien que d'ingénieur, et son salaire demeure identique. La sélection qui a pour effet de ralentir une carrière, notamment de cadre, est difficilement objectivable, encore plus dans les fonctions publiques où il y a maintien du niveau indiciaire.

CONCLUSION

Les inégalités sociales de santé sont frappantes au sein des 40 à 54 ans : les moins exposés sont les cadres et corrélativement les plus diplômés. À l'opposé, les plus exposés sont les personnes sans diplôme, les ouvriers, les personnes exerçant un métier exigeant physiquement et psychiquement ainsi que celles sans activité professionnelle.

L'analyse fine du calendrier des trajectoires professionnelles met bien en évidence les interrelations entre les itinéraires professionnels heurtés et l'état de santé. En outre, les trajectoires féminines d'inactivité n'ont pas le même sens selon les phases de la trajectoire : en début de période, l'inactivité est liée à l'éducation des enfants et, après 40 ans, la sortie est due aux conditions de travail ou à une maladie grave. Les effets de sélection sont appréhendés par l'enquête SIP lorsqu'ils se manifestent par des transitions vers d'autres états, par exemple le chômage ou l'inactivité. Ils sont en revanche peu visibles par les *items* de l'enquête quantitative lorsqu'il s'agit de mobilité vécue par les salariés comme un déclassement sans que cela se traduise par des changements aisément objectivables.

Nous avons, dans la post-enquête, fait le choix épistémologique d'analyser les interactions entre le travail, la santé et la trajectoire biographique des individus. Autrement dit, nous ne nous sommes pas limitées à cerner l'impact du travail sur la santé ou inversement, mais nous avons cherché à analyser comment le travail et la santé interagissent et peuvent mutuellement se porter atteinte. Si la santé peut influer sur le travail et le travail sur la santé, cela résulte souvent d'un processus qui n'est pas linéaire. Les interactions entre la santé et le travail sont saisies de manière dynamique. C'est donc à l'articulation de trois trajectoires : de travail, de santé et de vie familiale que nous avons analysé la relation entre la santé et le travail dans le cadre de la post-enquête. À partir d'une définition de la santé comme capacité physique et psychique d'agir dans le contexte social habituel, nous avons analysé les processus de recomposition de l'action lorsque la santé est altérée. Deux grandes modalités de changement se dégagent : les transitions pour préserver sa santé et les « ruptures d'intelligibilité ». Les transitions anticipent les risques potentiels d'altération de la santé par le travail. Celles-ci supposent que les risques soient clairement identifiés et que l'individu soit en mesure de s'extraire des situations de travail pathogènes. Les ruptures se caractérisent par l'irruption d'un événement de santé qui trace une frontière entre un avant et un après l'événement. Cet événement génère une phase d'incertitude et de recomposition de l'action. Ces deux modalités de réorientation des trajectoires s'appuient sur des ressources qui varient en fonction des inégalités de genre, de santé, de qualification et de statut d'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT A., 2001, *Time Matters ; On Theory and Method*, The University of Chicago Press, Chicago and London.

AÏACH P., 2001, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », *in* P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Ed. ENSP, Rennes, pp. 117-147.

BASTIDE R., 2008, « Événement (sociologie) », *Encyclopaedia Universalis* version numérique, pp. 1-6.

BENSA A., FASSIN E., 2006, « « Pratiques et fabriques du temps », *in* A.Bensa (ed.), *La fin de l'exotisme ; essais d'anthropologie critique*, Anacharsis, Toulouse, pp. 171-216.

BERTAUX D., 1980, « L'approche biographique, sa validité méthodologique, ses potentialités », *Cahiers internationaux de Sociologie*, LXIX, 198-225.

BERTAUX D., 1997, *Les récits de vie*, Nathan, Paris.

BERTRAND M., 2010, « "Penser l'évènement" en histoire : mise en perspective d'un retour en grâce », *in* M.Bessin, C.Bidart, M.Grossetti (eds.), *Bifurcations ; les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*, La Découverte, Paris, pp. 36-50.

BOUFFARTIGUE P., PENDARIES J., BOUTEILLER J., 2010, « La perception des liens travail/santé, Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue française de sociologie*, 51-2, pp. 247-280.

BOYER D., RENOUARD S., 2003, « Les pères bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation », *L'e-ssentiel* n° 17, CNAF.

BRIARD K., 2007, « Profils types des salariés du secteur privé : approche par une classification des carrières », *Économie et Prévision*, n° 180-181, 59-85.

BRUNO A.S., 2008, « Quelques perspectives sur les travaux récents en « santé et travail », *Revue Française des Affaires sociales*,2/3, pp. 71-96.

CAMBOIS E., LABORDE C., ROBINE J.M., 2008, « La « double peine » des ouvriers : plus d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et société*, n° 441.

CAMBOIS E., JUSOT F., 2007, « Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, n°2-3.

CANGUILHEM G., 1999, *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.

CANGUILHEM G., 2002, *Écrits sur la médecine*, Seuil, Paris.

Castel R., 2003, *L'insécurité sociale ; qu'est-ce qu'être protégé ?*, Seuil, Paris.

COUTROT T., ROUXEL C., BAHU M. *et alii*, 2010, « Parcours professionnels et état de santé », *Premières synthèses*, Dares n° 001, pp. 1-10.

CRESSON G., 2001, « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », *in* P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe (eds.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ENSP, pp. 303-328.

CRISTOFARI L., 2003, « Rapport réalisé au Centre d'études de l'emploi, pour la Drees et pour la Dares », *in* Serge Volkoff (dir.), *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel.*

DIERRENNIC F., SAUREL-CUBIZOLLES M.J., MONTFORT C., 2003, « Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés », *Travail et emploi*, n° 96, pp. 37-53.

DONIOL-SHAW G., 1997, « Travail et vie des sous-traitants dans la maintenance du nucléaire et sécurité des installations », *in* B.Appay, A.Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, CNRS/IRESCO, pp. 419-425.

ELDER G.H., 1999, *Children of the great depression*, Westview press, Boulder, Colorado (première édition: University of Chicago press, 1974).

FASSIN D., 1996, *L'espace politique de l asanté. Essai de généalogie*, PUF, Paris.

Friedmann G., 1950, *Où va le travail humain ?*, Gallimard, Paris.

GELOTY D., 1992, « Impact de l'emploi et du chômage sur la santé », *Revue française des Affaires sociales*, vol° 1, pp. 92-112.

GIDDENS A., 1991, *Modernity and Self-Identity*, Polity Press, Cambridge.

GIROUX E., 2010, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, PUF, Paris.

GOFFMAN E., 1975, *Stigmate ; les usages sociaux des handicaps*, Minuit, Paris.

GOGNALONS-NICOLET M., WEISS W., 1996, « Sociologie de la santé et de la médecine », *in* F.Gutzwiller, F.Paccaud, A.Thomas (eds.), *Médecine sociale et préventive, santé publique*, H. Huber, Berne, pp. 130-138.

GOLLAC M., VOLKOFF S., 1996, « *Citius, altius, fortius*, l'intensification du travail », *Actes de la Recherche en Sciences sociales*, n° 114.

GROSSETTI M., 2004, *Sociologie de l'imprévisible ; dynamiques de l'activité et des formes sociales*, PUF, Paris.

GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., 2003, « Au contact avec le public, des conditions de travail particulières », *Premières informations et première synthèses*, n° 09.3, Dares.

HAMON-CHOLET S., 2004, « La charge mentale : fardeau ou aiguillon ? », *in* J.Bué, T.Coutrot, I. Puech (eds.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Octarès, Toulouse.

HAREVEN T., MASAOKA K., 1988, "Turning points and transitions: perceptions of the life course", *Journal of family history*, 1/3, pp. 271-289.

HERZLICH C.,1996, *Santé et maladie ; analyse d'une représentation sociale*, EHESS, Paris, (première édition : 1969).

HIRSCH M., 2007, « La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, INVS, n° 2-3.

HUEZ D. (ed.), 1994, *Souffrances et précarité au travail, paroles de médecin du travail*, Syros, Paris.

JASPARD M., 2005, *Les violences envers les femmes*, La Découverte, Paris.

JAVEAU C., 2006, « Routines quotidiennes et moments fatidiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 121, pp. 227-238.

JUSOT F., KHLAT M., ROCHEREAU T., SERMET C., 2007, « Une mauvaise état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif », *Questions d'économie de la Santé*, Irdes, n° 125.

KARASEK R., THEORELL P., 1990, *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working live*, Basic Books, New York.

KOHLI M., 1985, « Die Institutionalisierung des Lebenslaufs », *Kölner Zeitschrift für Soziologie and Socialpsychologie*, n° 37, pp. 1-28.

LALIVE D'EPINAY C., BICKEL J.F. *et alii*., 2005, « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire », *in* J.F. Guillaume (ed.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Les Éditions de l'Université de Liége, Liège, pp. 187-210.

LE BRETON D., 2010, *Expériences de la douleur ; entre destruction et renaissance*, Métailié, Paris.

LE BRETON D., 2004, *Anthropologie de la douleur*, Metailié, Paris.

LECLERC A., FASSIN D. *et alii*., 2000, *Inégalités sociales et santé*, La Découverte, Paris.

LESNARD L., DE SAINT POL T., 2006, « Introduction aux méthodes d'appariement optimal (*optimal matching analysis*) », *BMS*, vol 90.

LORIOL M., 2003, « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *L'Année sociologique*, 53, pp. 459-486.

MARTUCCELLI D., 2006, *Forgé par l'épreuve ; l'individu dans la France contemporaine*, A. Colin, Paris.

MEDA D., SIMON M.O., WIERINK M., 2003, « Pourquoi certaines femmes s'arrêtent-elles de travailler à la naissance d'un enfant ? « *Premières synthèses*, n° 30.1, Dares.

MIAS A., 2010, *Les risques professionnels, Peut-on soigner le travail ?*, Ellipses, Paris.

MOLINIER P., 2000, « Virilité défensive, masculinité créatrice », *Genre, Travail et Sociétés*, n° 3, pp. 25-44.

MONTEIL C., ROBERT-BOBEE I., 2005, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, n° 1025.

NEGRONI C., 2007, *Reconversion professionnelle volontaire*, A. Colin, Paris.

NORDENFELT L., 2000, *Action, Ability and Health. Essays in the Philosophy of Action and Welfare*, Kluwer Academic Publisshers, Dordrecht.

ORTIZ A., 2010, « Trajectoire professionnelle et état de santé déclaré des salariés seniors en activité », *Revue économique* 2009/2, vol. 60.

PALOMARES E., TESTENOIRE A., 2010, « Indissociables et irréductibles : les rapports sociaux de genre, ethniques et de classe », *L'Homme et la Société*, n° 176-177, pp. 15-26.

PEZE M., 2008, « Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés », *Journal de la consultation « Souffrance et Travail 1997-2008 »*, Pearson, Paris.

ROUSSET P., GIRET J.F., 2007, "Classifying qualitative time series with SOM " in *9th International Work-Conference on Artificial Networks*, Éditions Springer, Berlin, pp. 757-764.

SARACENO C., 1989, « The time structure of biographies », *Enquête* n° 5.

SAUREL-CUBIZOLLES *et alii*, 2001, « État de santé perçu et perte d'emploi », in *Travail, santé, vieillissement, Relation et évolution*, Toulouse, Octarès, pp. 53-68.

SERMET C., KHLAT M., 2004, « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol.°52, pp. 465-474.

SIEGRIST J., 1996, « Adverse health effects of high effort low-reward conditions », *Journal of occupational Health Psychology*, n° 1, pp. 27-41.

SOTTEAU-LEOMANT N., 2007, « Précarisation sociale et itinéraires de vie : interactions des champs sociaux et évènements critiques », *Relief. Échanges du Céreq*, n° 22, pp. 49-58.

SOULET M.H., 2010, « Changer de vie, devenir autre : essai de formalisation des processus engagés », *in* M. Bessin, C. Bidart, M. Grossetti (eds.), *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, La Découverte, Paris, pp. 273-288.

THEBAUD-MONY A., 1997, « Santé au travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale », *in* B. Appay, A. Thébaud-Mony (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, CNRS/Iresco, 555-575.

THEBAUD-MONY A., 2007, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, La Découverte, Paris.

VALEYRE A., 2004, « Intensification du travail industriel et rentabilité économique des secteurs », *in* J. Bué, T. Coutrot, I. Puech (eds.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Octarès, Toulouse.

VOLKOFF S., LAVILLE A., MAILLARD M.C., 1996, « Âges de travail : contraintes, sélection et difficultés chez les 40/50 ans », *in* Dierennic F., Touranchet A., Volkoff S. (eds.), *Âge, travail et santé, Études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, enquête Estev 1990*, Éditions Inserm, Paris.

ANNEXE 1. LISTE DES VARIABLES ET INDICATEURS RETENUS

Variables du fichier des individus

1. L'enquêté bénéficie actuellement, en raison de son état de santé, d'une exonération durable du ticket modérateur pour ses remboursements par l'assurance maladie (ALD - affection de longue durée)

SALDMAA

2. Perception de l'état de santé général de l'enquêté

SQ1G

3. L'enquêté a actuellement une ou plusieurs maladie(s) chroniques

SQ2G

4. L'enquêté déclare avoir actuellement plusieurs maladies chroniques

SQ2GTEMP

5. L'enquêté est limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement

SQ3G

6. Nombre total d'arrêts de travail de plus de six mois

MALNB

7. L'enquêté a eu un (ou des) arrêt(s) de travail (pour maladie, accident, hospitalisation ou autre évènement) de plus de six mois

EAMA

8. Nombre de problèmes de santé décrits en détail

NBPBDESC

9. Niveau de diplôme

DIPLOME

10. Âge de fin des études initiales

AGETERM

11. Sexe de l'enquêté

SEXE

12. Vie de couple

NBCOUP

13. Nombre d'enfants élevés ou eus par l'enquêté

NBENF

14. La langue parlée habituellement avec les personnes qui ont élevé l'enquêté

LANGPAR

15. L'âge de l'enquêté

AGE

16. Région d'origine

REGION

17. Pays de naissance des parents

ORIGINE

18. Revenu

ZRESMEN

19. Situation actuelle de l'enquêté vis-à-vis de l'emploi

FSITUA

20. Opinion de l'enquêté sur l'importance de son travail ou la recherche d'un emploi, dans sa vie en général

ZVALTRA

21. Choix et satisfaction de l'itinéraire professionnel

ZCHOITI, ZSATITI

22. Durée de l'itinéraire professionnel

DUREEIP

23. Pourcentage de chômage (de plus d'un an) dans l'itinéraire professionnel (les statistiques descriptives sont données plus bas avant n° 19)

CHOMIP

24. Pourcentage des périodes d'emplois courts dans l'itinéraire professionnel

ECIP

25. Pourcentage des emplois longs dans l'itinéraire professionnel

ELIP

26. Pourcentage des périodes d'inactivité dans l'itinéraire professionnel (les statistiques descriptives sont données plus bas avant n° 19)

INACIP

27. Nombre de périodes différentes de l'itinéraire professionnel

SEGMENTS

28. Au moins une période d'emploi court, avec éventuellement du chômage (moins d'un an) ou de l'inactivité (moins d'un an) que l'enquêté a connue

EMPCOUR

29. Au moins une période d'inactivité d'au moins un an, y compris retraite et préretraite, que l'enquêté a connue

INACT

30. Au moins une période de chômage longue (chômage d'au moins un an) que l'enquêté a connue

CHOM

31. La part de nombre de périodes différentes de l'itinéraire professionnel

PERIP

32. Pondération

PONDFIN

Incidents de santé

1. NOMBRE TOTAL DES PROBLÈMES DE SANTÉ (ACCIDENTS, HANDICAPS) DÉCLARÉS PAR L'INDIVIDU

MNOMBRE, ACNOMBRE, HNOMBRE

2. NATURE DU PROBLÈME DE SANTÉ

MNBNATURE : nombre des problèmes de santé ayant été relevés dans la partie «travail-emploi»

MNATURE : au moins un problème de santé est relevé dans la partie «travail-emploi»

3. NOMBRE DE PERTURBATIONS DE L'IP CAUSÉES PAR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (ACCIDENTS, HANDICAPS)

MNBPERT, ACNBPERT, HNBPERT

3.1. AU MOINS UNE FOIS LE PROBLÈME DE SANTÉ (ACCIDENT, HANDICAP) A PERTURBÉ L'IP

MPERT, ACPERT, HPERT

4. PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCLARÉS COMME CHRONIQUES

MNBCHRO : nombre de problèmes de santé déclarés comme chroniques

MCHRO : au moins un problème de santé est déclaré comme chronique

5. NOMBRE DE PROBLÈMES DE SANTÉ (ACCIDENTS, HANDICAPS) AYANT GLOBALEMENT EU DES CONSÉQUENCES SUR LA VIE PROFESSIONNELLE

MNBCSQ, HNBCSQ, ACNBCSQ

5.1. AU MOINS UN PROBLEME DE SANTÉ (ACCIDENTS, HANDICAPS) A EU DES CONSÉQUENCES SUR LA VIE PROFESSIONNELLE

MCSQ, ACCSQ, HCSQ

5.2. TYPE DE CONSÉQUENCES

« Définitivement retiré du marché de travail » : **MNBRET, ACNBRET, HNBRET**

« L'individu a été licencié ou son contrat n'a pas été renouvelé » : **MNBLIC, ACNBLIC, HNBLIC**

« L'individu a eu des difficultés à trouver un emploi stable » : **MNBSTAB, ACNBSTAB, HNBSTAB**

« Aménagement à l'intérieur de l'entreprise » : **MNBAMNG, ACNBAMNG, HNBAMNG**

« Changement de secteur ou de profession » : **MNBCHG, ACNBCHG, HNBCHG**

Autres que celles mentionnées : **MNBAUTR, ACNBAUTR, HNBAUTR**

6. LA RECONNAISSANCE DE L'ÉTAT « MALADE » DE L'ENQUÊTÉ SUITE À UN PROBLÉME DE SANTÉ (ACCIDENT, HANDICAP)

MNBREC, ACNBREC, HNBREC : nombre de l'état « reconnu »

MREC, ACREC, HREC : au moins un état est « reconnu »

7. ARRÊT DU TRAVAIL

MNBART, ACNBART, HNBART : nombre des problèmes de santé (accidents, handicaps) déclarés par l'enquêté qui ont nécessité un ou des arrêts de travail

MNBARTP, ACNBARTP, HNBARTP : nombre des problèmes de santé (accidents, handicaps) avec une durée des arrêts de travail de moins de six mois

MNBARTG, ACNBARTG, HNBARTG: nombre des problèmes de santé (accidents, handicaps) avec une durée des arrêts de travail de plus de six mois

8.1. DES DIFFICULTÉS À TROUVER UN EMPLOI OU À EN CHANGER ONT AMPLIFIÉ LE PROBLÈME DE SANTÉ

MNBAMP1 : nombre des problèmes de santé avec la réponse « Oui »

MNBAMP0 : nombre des problèmes de santé avec la réponse « Non »

MNBAMP99 : nombre des problèmes de santé avec la réponse « Ni l'un, ni l'autre »

8.2. DES DIFFICULTÉS À TROUVER UN EMPLOI OU À EN CHANGER ONT AMPLIFIÉ OU CAUSÉ CE HANDICAP

HNBAMP1 : nombre des handicaps avec la réponse « Oui »

HNBAMP0 : nombre des handicaps avec la réponse « Non »

HNBAMP99 : nombre des handicaps avec la réponse « Ni l'un, ni l'autre »

8.3. L'ACCIDENT EST DÛ AU MOINS EN PARTIE À DES DIFFICULTÉS À TROUVER UN EMPLOI OU À EN CHANGER

ACNBAMP1 : nombre des accidents avec la réponse « Oui »

ACNBAMP0 : nombre des accidents avec la réponse « Non »

ACNBAMP99 : nombre des accidents avec la réponse « Ni l'un, ni l'autre »

9.1. LE PROBLÈME DE SANTÉ (HANDICAP) A ÉTÉ CAUSÉ OU AGGRAVÉ PAR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'ENQUÊTÉ

MNBMAGG1, HNBMAGG1 : nombre des problèmes de santé (des handicaps) avec la réponse « Oui »

MNBMAGG0, HNBMAGG0 : nombre des problèmes de santé (des handicaps) avec la réponse « Non »

MNBMAGG99, HNBMAGG99 : nombre des problèmes de santé (des handicaps) avec la réponse « Ni l'un, ni l'autre »

9.2. LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT SONT LIÉES À SES CONDITIONS DE TRAVAIL

ACNBMAGG1 : nombre des accidents avec la réponse « Oui »

ACNBMAGG0 : nombre des accidents avec la réponse « Non »

ACNBMAGG99 : nombre des accidents avec la réponse « Ni l'un, ni l'autre »

10. LE NOMBRE DE PROBLÈMES DE SANTÉ (HANDICAPS) «NON FINIS»

MNBNONFIN, HNBNONFIN

11.1. ANNÉES DE PROBLÈMES DE SANTÉ (HANDICAP)

MANDEB1…N, HANDEB1…N : année de début du problème de santé (handicap) (1…N=première maladie…, Nième maladie)

MANFIN1…N, HANFIN1…N : année de fin du problème de santé (handicap) (1…N=première maladie…, Nième maladie).

11.2 ANNÉES DE L'ACCIDENT

ACANNEE1…N : année (1…N=premier accident…, Nième accident)

ANNEXE 2. CONSTRUCTION DU CALENDRIER

À partir de la base agrégée (emplois longs+emplois courts+chômage+inactivité).

1. Codage :

01=emploi long

02=emploi court, principalement en emploi

03= emploi court, autre

04=inactivité

05=retraite

06=chômage

Pour les 02 et 03 : la variable « asit ».

Pour les 04 et 05 : variable « imotret »

2. Années indicatives de début et de fin des périodes

Emploi long : ed, ef

Emploi court : altd, altfaj

Inactivité : inad, inaf

Chômage : chod, chof

3. Résolution du problème des années répétées

Cas général :

état	début	fin
Emploi long	1980	1983
Emploi court	1983	1985

Solution :

état	début	Fin
Emploi long	1980	1982
Emploi court	1983	1985

Cas particuliers (deux exemples démonstratifs pour illustrer la problématique et l'impossibilité d'appliquer la règle prévue) :

état	**début**	**fin**
Emploi long	**1996**	**1996**
Emploi court	**1996**	**1997**

Solution :

état	**début**	**Fin**
Emploi court	**1996**	**1996**
Chômage	**1997**	**1997**

état	**début**	**fin**
Emploi court	**1989**	**1989**
Chômage	**1989**	**1990**
Emploi court	**1990**	**1994**
Emploi long	**1994**	**9999**

Solution :

état	**début**	**fin**
Emploi court	**1989**	**1989**
Chômage	**1990**	**1990**
Emploi court	**1991**	**1993**
Emploi long	**1994**	**2008**

ANNEXE 3. GUIDE D'ENTRETIEN

Lors du premier entretien (questionnaire), vous avez parlé de problèmes de santé. Je voudrais que vous racontiez ce qui s'est passé et les conséquences que cela a eues au niveau professionnel

I - Pour chaque événement (maladie, accident…)

- **description** (en demandant si c'était prévisible/non)
- **le moment où il survient au niveau de l'emploi** :
  - poste occupé, le statut (stable ou précaire) du style : « vous occupiez quel emploi à ce moment-là ? »
  - tester si c'est un moment charnière (début d'un emploi ou d'un poste, une promotion possible, etc.)
  - conditions de travail, ambiance, relations avec collègues, hiérarchie
  - durée de l'arrêt, contact avec collègues pendant arrêt
  - si problème grave : avez-vous parlé de votre maladie à vos collègues ?
  - comment s'est passé le retour au travail ?
- **quelles en ont été les conséquences** :
  - poste, carrière y compris financière (heures sup)
  - gênes ou séquelles et leurs incidences sur travail et vie en général
  - mobilité
  - modification de l'attitude face au travail (degré d'investissement)
  - changement d'emploi ou de poste : à votre demande, à l'initiative de l'entreprise
  - si changement d'emploi ou reconversion professionnelle : la décrire avec beaucoup de détails (dont les hésitations, les démarches, les appuis de professionnels, du conjoint, de l'entourage...), les obstacles…

- **le moment au niveau familial/réseau**
  - vie en couple, enfants (là encore caractériser le moment crucial ou non)
  - comment vous organisiez-vous ?
  - quel type de soutien/aide avez-vous eu/e de votre entourage (conjoint, famille étendue, amis) ?
  - si problème grave : en avez-vous parlé à votre entourage, à qui ?

2 - Votre conjoint a-t-il/elle connu à un moment des problèmes de santé ?

- comment vous organisiez-vous ? là, même questionnement pour tester si aide réciproque

3 - Retracer l'itinéraire professionnel (uniquement après le premier questionnement)

- en se centrant sur les périodes de changement

4 - Et aujourd'hui votre santé ?

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES TABLEAUX

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Nombre de problèmes de santé déclarés 17

Graphique 2 : Problèmes de santé et âge 18

Graphique 3 : Problèmes de santé et et diplôme 18

Graphique 4 : Problèmes de santé et sexe 19

Graphique 5 : Accidents par sexe, âge et diplôme 20

Graphique 6 : Handicaps par sexe, âge et diplôme 21

Graphique 7 : Nombre d'incidents de santé déclarés 22

Graphique 8 : Nombre d'incidents de santé déclarés en fonction de l'âge, du sexe et du diplôme 23

Graphique 9 : Santé actuelle en fonction du diplôme, du sexe et de l'âge 24

Graphique 10 : Incidents de santé des personnes âgées de 40 à 55 ans 25

Graphique 11 : Principaux risques individuels entre 40 et 54 ans 27

Graphique 12 : Temps passé en emplois longs 28

Graphique 13 : Temps passé en emplois courts 28

Graphique 14 : Temps passé au chômage de plus d'un an 29

Graphique 15 : Temps passé en inactivité 29

Graphique 16 : Emplois occupés 30

Graphique 17 : Mobilités professionnelles à partir du premier emploi et de l'emploi actuel ou du dernier emploi 31

Graphique 18 : Horaires et conditions de travail 32

Graphique 19 : Chronogrammes des trajectoires professionnelles en six états 60

Graphique 20 : Chronogrammes des trajectoires professionnelles en cinq états 61

Graphique 21 : Arbre hiérarchique de la première typologie T1 (trajectoires de 20 à 40 ans des personnes âgées de 40 à 49 ans) 62

Graphique 22 : Chronogrammes de la typologie 1 (T1) en six classes 65

Graphique 23 : Typologie dynamique (T2) des trajectoires professionnelles en 64 classes . 66

Graphique 24 : Typologie dynamique (T2) des trajectoires professionnelles en six macro-classes.....67

Graphique 25 : Chronogrammes des six macro-classes de la deuxième typologie (T2).....68

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Échantillon des entretiens biographiques.....12

Tableau 2 : Principaux risques individuels entre 40 et 54 ans.....26

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des risques sur la santé pour les actifs occupés âgés de 40 à 54 ans.....33

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des risques sur la santé pour les personnes âgées de 40 à 54 ans.....34

Tableau 5 : Caractéristiques des groupes de la première typologie (T1).....64

Tableau 6 : Caractéristiques des classes de la deuxième typologie (T2) 69

DERNIERS NUMEROS PARUS :

(Téléchargeables à partir du site http://www.cee-recherche.fr)

N° 64 *Transmission des savoirs et mutualisation des pratiques en situation de travail. Actes du colloque de décembre 2009*

CORINNE GAUDART, JEANNE THEBAULT

mai 2011

N° 63 *Travailler avec un cancer. Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé*

CHRISTINE LE CLAINCHE, KARINE CHASSAING, NOËLLE LASNE, ANNE-MARIE WASER

mars 2011

N° 62 *Les agents de l'État, des travailleurs comme les autres ? Une exploration de l'enquête* Changements organisationnels et informatisation *2006*

DANIELE GUILLEMOT, AURELIE PEYRIN

février 2011

N° 61 *Pratiques de prévention des risques professionnels*

THOMAS AMOSSE, SYLVIE CELERIER, ANNE FRETEL

janvier 2011

N° 60 *Échanges informels et relations de travail à l'heure des changements organisationnels et de l'informatisation*

THOMAS AMOSSÉ, DANIÈLE GUILLEMOT, FRÉDÉRIC MOATTY, JÉRÉMIE ROSANVALLON

novembre 2010

N° 59 *Les systèmes d'information sur les retraites en Europe et aux États-Unis*

NAJAT EL MEKKAOUI DE FREITAS, BERANGERE LEGENDRE, BENEDICTE KUKLA

octobre 2010

N° 58 *Expérience professionnelle et gestion de la sécurité au travail. Actes du séminaire* Ages et Travail *(2008)*

CREAPT-CEE

juillet 2010

N° 57 *Les réformes dans la Fonction publique : une revue de littérature économique internationale*

EKATERINA MELNIK (DIR. DANIÈLE GUILLEMOT)

juin 2010

N° 56 *Vécu du travail et santé des enseignants en fin de carrière : une approche ergonomique*

DOMINIQUE CAU-BAREILLE

novembre 2009

N° 55 *Une évaluation des effets des baisses de cotisations sociales sur les bas salaires dans le cadre de la réforme Fillon de 2003*

MATTHIEU BUNEL, RICHARD DUHAUTOIS, FABRICE GILLES, PATRICK KWOK, YANNICK L'HORTY, MARIANNE PAUCHET, CORINNE PERRAUDIN

juillet 2009