

Événements de santé et bifurcations professionnelles

TESTENOIRE Armelle *

■ Résumé

La santé peut être appréhendée comme la capacité physique et psychique d'agir dans la quotidienneté de la vie sociale (Nordenfelt, 2000). Cet article se propose d'étudier l'impact des événements de santé, et plus particulièrement ceux qui altèrent la capacité d'action au niveau professionnel, quelque soit leur origine. L'analyse se centrera en particulier sur les modalités de recomposition de l'action lorsque le mode de fonctionnement habituel est altéré par un événement de santé, en distinguant les ruptures professionnelles des transitions. La notion d'évènement a été définie à partir de deux critères : une discontinuité des séquences temporelles et la perception subjective que celui-ci rompt les « routines » antérieures. Sur quelles ressources (relationnelles, professionnelles et institutionnelles) les salariées peuvent-ils s'appuyer ? Comment celles-ci sont-elles socialement distribuées ? Les données sont issues d'une post-enquête par entretiens biographiques menée auprès de salarié-es de 40 à 54 ans qui ont déclaré au moins un problème de santé au cours de l'enquête Santé et Itinéraires Professionnels réalisée en 2006/2007 conjointement par la Dares et la Drees. Les enquêtés ont été invités à retracer leurs parcours professionnels, familiaux et de santé et leurs interférences.

Depuis plusieurs années, les recherches sociologiques sur les bifurcations se sont multipliées. Elles sont liées au développement des méthodes longitudinales, statistiques ou qualitatives, qui permettent d'appréhender la diversification des parcours. Ces thématiques commencent à se constituer en un champ de recherche à part entière¹. Au delà de la diversité des objets étudiés, elles ont en commun de se focaliser sur l'imprévisibilité liée aux événements. Les événements de santé plus encore que d'autres ont un caractère imprévisible pour les actifs. Ces événements peuvent être soit directement liés à l'activité professionnelle, soit endogènes. Un certain nombre de situations sont néanmoins intermédiaires ; ainsi en est-il des pathologies physiques ou psychiques aggravées par les conditions de travail. Parallèlement, les maladies professionnelles sont fréquemment multifactorielles (Deplaud, 2003). Les travaux récents mettent en évidence la complexité des relations entre la santé et le travail. L'objet est ici d'analyser la dynamique des interrelations entre la santé et le travail à partir de l'impact qu'ont les événements de santé sur les trajectoires professionnelles des salarié-es, en se centrant sur les modalités de recomposition de l'action lorsque celle-ci est entravée par une altération de la santé.

¹ Avec notamment la publication de plusieurs numéros de revue et d'un ouvrage : *Cahiers internationaux de sociologie* CXX, 2006, « Trajectoires sociales et bifurcations » ; *Relief*, Cereq n° 22, 2007, « Ruptures et irréversibilités dans les trajectoires » ; *Revue suisse de Sociologie*, 3/2009 « Cumulative and compensatory effects over the life course » ; Bessin M., Bidart C., Grossetti M., 2010, *Bifurcations ; les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*, La Découverte, Paris.

* Dysola- Université de Rouen, 76821 Mont Saint Aignan cedex, a.testenoire@wanadoo.fr

Méthodologie

L'enquête longitudinale Santé et Itinéraire Professionnel de la DARES et de la DREES a pour caractéristique d'être une enquête menée en population générale (en 2006/07) auprès d'un échantillon représentatif de 14 000 personnes de 20 à 74 ans tirées au sort à partir du recensement de 1999. Elle vise à appréhender les interactions réciproques entre l'état de santé, les parcours professionnels et les conditions de travail. Le questionnaire d'une durée d'une heure portait sur l'historique de la trajectoire professionnelle de l'enquêté-e ainsi que sur celui des atteintes à la santé. Il était complété par des questions transversales détaillées portant sur la santé actuelle (mini-module européen) et sur les conditions de travail de l'emploi actuel. Les données ont permis de reconstituer deux calendriers et de les mettre en perspective afin d'analyser leur interférences :

- le calendrier professionnel (périodes d'emplois courts, longs, de chômage et d'inactivité, les conditions de travail du dernier emploi...)
- le calendrier de santé (maladies, accidents, handicaps, affections longue durée, arrêts maladie etc.).

La recherche menée dans le cadre d'un contrat de la DARES s'est centrée sur les problèmes de santé qui sont intervenus pendant la période d'activité excluant les maladies, accidents et handicaps antérieurs, même si ceux-ci peuvent avoir des incidences sur l'insertion professionnelle. Elle a comporté deux volets (Testenoire, Trancart, 2011). Le premier portait sur l'exploitation statistique des données de l'enquête SIP effectuée par Danièle Trancart (CEE), le second était une post-enquête qualitative que j'ai menée auprès d'un échantillon issu de l'enquête SIP. La post-enquête avait pour champ les femmes et les hommes salarié-es de 45 à 55 ans qui ont déclaré lors du questionnaire un ou plusieurs problèmes de santé sur les régions : Ile de France, Picardie, Nord et les deux Normandies. Au sein du fichier adresse transmis par la Dares, ont été privilégiées les personnes qui avaient déclaré une affection longue durée et/ou un arrêt de maladie de plus de deux mois. La post-enquête consistait en des entretiens biographiques approfondis invitant les enquêté-es à retracer leurs trajectoires professionnelles, de santé et familiale (qui n'était pas présente dans l'enquête SIP) et leurs interférences. Les périodes marquées par une réorientation professionnelle ou un évènement de santé ont été particulièrement explorées. Après avoir reconstitué les trois calendriers et les avoir mis en perspective, l'analyse a porté sur les processus de transition auxquels les enquêtés ont été confrontés lorsqu'ils ont été affectés par des évènements de santé. Sur quels supports existentiels et quelles ressources, relationnelles ou institutionnelles, ont-ils pu s'appuyer ? Comment celles-ci sont elles socialement distribuées ?

La santé : une capacité d'action

La notion de santé relève de plusieurs paradigmes. La médecine appréhende la santé comme un état naturel qui s'oppose à la pathologie. La distinction entre ces deux états est factuelle et peut être objectivée par le diagnostic médical. Georges Canguilhem (1966) s'oppose au paradigme médical. Il défend une conception existentielle de la santé en introduisant la notion de corps subjectif. La frontière entre la santé et la maladie est appréhendée par le vécu individuel avant d'être objectivée par la médecine. L'expérience subjective est pour lui première. La santé se définit par opposition à la maladie à l'intersection entre l'individu et le social : elle « *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).

Se situant dans la lignée du normativisme développé par Georges Canguilhem, Lennart Nordenfelt (1987) s'en distingue néanmoins car il inscrit sa pensée dans une philosophie de l'action. Il formule une définition positive de la santé qui n'est pas simplement une absence de pathologie. Parallèlement au critère d'expérience subjective, il introduit un deuxième critère : la capacité d'action qui était déjà évoquée par Georges Canguilhem sans que celui-ci ne lui accorde une place centrale. Pour Lennart Nordenfelt, la capacité d'action prime sur le vécu subjectif. Cette approche holiste qui embrasse conjointement la santé mentale et somatique modère le risque de relativisme inhérent au primat de l'expérience individuelle. Dans cette perspective, la santé sera définie comme la capacité physique et psychique d'agir dans la quotidienneté de la vie sociale, et *a contrario* la mauvaise santé comme la restriction de cette capacité d'action. Les altérations de la santé peuvent avoir des incidences variables sur les parcours professionnels. Certaines entraînent des limitations temporaires de l'activité (arrêts de travail de durée variable) alors que d'autres ont des effets à long terme sur le parcours professionnel. C'est cette dernière catégorie, qualifiée d'évènement de santé, qui a été l'objet de l'analyse.

La notion d'évènement

La notion d'évènement est polysémique. Elle a été mobilisée en premier lieu par les historiens avant de questionner plus récemment la sociologie. Les historiens ont mis l'accent sur les rythmes : « *L'évènement, c'est donc d'abord ce qui est nouveau, ce qui déchire l'ordre établi, ce qui prend de l'importance. Bref : l'évènement c'est d'abord ce qui introduit une « coupure », une discontinuité dans la continuité du temps (...). L'évènement est d'abord et surtout une déconstruction du temps* » (Bertrand, 2010, p. 40). La sociologie et l'anthropologie ont souligné l'importance du sens subjectif qui lui est conféré. L'évènement 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 évènement. « *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'évènement : 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 socio-historique au sein duquel le fait survient. Ainsi pour Alban Bensa et Eric Fassin, l'évènement n'existe que par sa signification. Il est « une rupture d'intelligibilité » (Bensa, Fassin, 2006). 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'évènement où domine l'incertitude. Dans le cas des évènements de santé, celle-ci peut porter sur l'évolution de la pathologie, sur l'ampleur de la souffrance qu'elle génère, ainsi que sur son issue.

Les évènements de santé

À ce titre, tous les problèmes de santé ne sont pas des évènements. Au sein des problèmes de santé une frontière sépare ceux pour lesquels l'individu dispose de moyens habituels pour les affronter et ceux pour lesquels de nouvelles modalités d'action sont à mettre en place. Cette approche est à rapprocher des propos de Georges Canguilhem : « *Être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever* » (Canguilhem, 1966, p. 132). Ont été qualifiés d'évènements les atteintes à la santé qui entravent la

capacité d'action dans le contexte professionnel habituel. Cette qualification s'est effectuée à partir du récit qu'en a fait *a posteriori* l'enquêté-e. Deux critères interviennent. Le premier est d'ordre séquentiel : l'évènement de santé interrompt la séquence d'emploi antérieur (ou le poste occupé). Le second est une imputation causale qui est celle de l'enquêté-e : il/elle affirme que le changement est intervenu pour raison de santé en détaillant les différentes dimensions dans son récit. Cette approche n'informe pas sur la gravité de telle ou telle pathologie mais uniquement sur l'impact que celle-ci a eu sur la trajectoire professionnelle.

De ce fait, des atteintes à la santé qui auraient pu objectivement être considérées comme problématiques n'ont pas été qualifiées d'évènements dans la mesure où elles n'ont pas entraîné de réorientation professionnelle. À l'inverse des problèmes de santé qui auraient pu se traduire par un arrêt de travail temporaire ont eu un impact majeur en raison du moment et du contexte au cours duquel ils sont survenus. Ainsi une salariée a une violente crise d'angoisse lors de sa première journée dans un emploi prestigieux ; un ouvrier du bâtiment se fracture le tibia pendant sa période d'essai. Il en résulte que les problèmes de santé ne peuvent pas être réifiés. Ils doivent être rapportés au contexte institutionnel et socio-temporel au cours duquel ils surviennent. La posture adoptée a impliqué de suspendre le jugement, ce qui n'était pas toujours aisé lorsqu'il y avait un déni évident des atteintes à la santé ou à l'inverse lorsque des problèmes de santé *a priori* mineurs ont eu des conséquences importantes. *In fine*, les évènements de santé retenus sont très diversifiés avec pour un certain nombre d'entre eux un enchevêtrement de pathologies somatique et psychique.

Les moments fatidiques

Les problèmes de santé qualifiés d'évènements de santé ont pour caractéristique d'avoir entraîné une bifurcation professionnelle qui a infléchi durablement le parcours professionnel même lorsque la cause initiale a disparu et qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle ultérieure. Cet effet de rémanence sur la trajectoire relève d'une causalité séquentielle où chaque séquence est liée causalement à la précédente selon un modèle de cheminement (Coninck, Godard, 1989). Un parcours est analysé comme un enchaînement de séquences qui dessine progressivement des connexions causales. L'adoption d'un modèle d'analyse séquentiel repose sur l'hypothèse que les parcours ne sont pas prévisibles *ex ante*. Elle permet la prise en compte de la contingence qui, au lieu d'être rejetée à la marge, est intégrée à part entière dans l'analyse au même titre que les épisodes de stabilité (Grossetti, 2004). Dans ce cadre d'analyse, les parcours professionnels ont été décomposés analytiquement en séquences de durée variable qui se succèdent au cours du temps : des séquences longues où règne une relative permanence, éventuellement stabilisée par des dispositifs institutionnels qui amortissent les aléas de santé, alternent avec des séquences brèves marquées par un évènement de santé qui remet en cause les modalités antérieures d'action. Cet évènement est perçu comme imprévisible. Certes, le degré de prévisibilité des évènements 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 probabilités d'occurrence variant selon la qualification, l'emploi occupé, l'âge ou encore le sexe. Néanmoins à l'échelle microsociologique, l'irruption d'une pathologie ou d'un accident et/ou le moment où ils surviennent, sont perçus par l'individu comme imprévisibles. Il en est de même pour certains symptômes invalidants liés à des maladies chroniques pour lesquelles la date d'apparition de symptômes invalidants n'est pas prévisible.

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'individu a à effectuer un véritable travail de réflexivité (Giddens, 1991). Anthony Giddens qualifie cette période de « moment fatidique », car elle représente un tournant majeur de l'existence, potentiellement lourd de conséquences, au cours duquel l'individu est amené à effectuer un travail réflexif et à prendre des décisions. Ces moments fatidiques ne sont pas instantanés ; ils ont une certaine durée au cours de laquelle la bifurcation est pensée, élaborée et finalement réalisée. Ce processus mérite d'être analysé car l'orientation finale du parcours dépend de ce qui s'est joué pendant cette période.

Cette période est marquée par l'incertitude, particulièrement forte dans le cas des évènements de santé : incertitude sur l'évolution de la pathologie mais aussi sur le devenir professionnel et les conséquences économiques qui peuvent en résulter. Tant que le processus de bifurcation n'est pas finalisé, son issue demeure imprévisible ; elle se définit et se précise peu à peu parfois par une suite d'ajustements successifs. Marc-Henry Soulet analyse ce moment comme « un contexte aux propriétés particulières qui contraint les formes et les modalités de l'action en même temps qu'il oblige à un travail. » (Soulet, 2010, p. 280).

L'identification de l'évènement de santé

Le travail d'identification de l'évènement de santé est la première étape du processus. Toute atteinte à la santé, qu'elle soit somatique ou psychique, passe avant de pouvoir être prise en compte par un processus d'identification psychique.

L'identification s'impose parfois rapidement car elle est liée à la réalité des faits (accidents) ou médiatisée par un diagnostic médical même si des indices laissent planer antérieurement un doute.

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 inquiet passe voir son médecin pour en discuter. Celui-ci prescrit un examen par IRM. Le diagnostic est prononcé peu après : dégénérescence cortico-basale, maladie neurologique rare à l'issue fatale. À partir de ce moment là leur monde s'écroule, ils doivent réorganiser leur existence en fonction de l'évolution de la maladie.

La maladie de Marina Canu est vécue comme l'effet du fatum, évènement exogène à la vie sociale ; en inverser le cours est hors de portée sociale. Il en est ainsi pour les pathologies graves et évolutives (cancer, sclérose en plaques...). 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, le conjoint de Marina : « Ah, la maladie ça oblige à penser... ».

Dans d'autres cas, l'identification est plus tardive. Ce retard peut être lié à un déni de la réalité. Le déni consiste à agir comme si les atteintes n'existaient pas alors même que le/la salarié-e les perçoit. Le déni concerne l'ensemble des pathologies qu'elles soient somatiques ou psychiques. Dans ce dernier cas, il est néanmoins plus fréquent. Le processus d'identification des atteintes psychiques (stress, dépression, situations de violence organisationnelle ou interpersonnelle...) est particulièrement lent et complexe

car celles-ci ont précisément pour caractéristique d'altérer l'état de conscience et les capacités de réaction du sujet.

François Fresnay met un certain temps à identifier les troubles qu'il ressent :

« 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 fait 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 reconnaître 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 ».

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. Les pathologies psychiques ne sont pas perçues de la même manière que les atteintes somatiques. Bien que leurs effets puissent être considérables, elles 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 absence de volonté.

Le déni a été analysé comme une forme de « virilité défensive » (Molinier, 2000). Certes, mais l'enquête montre qu'il est également présent chez les femmes. Ainsi des salariées 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'atteintes somatiques parfois graves. La maîtrise de la douleur est érigée en principe moral. Ces attitudes réfèrent à une conception morale du travail qui revêt des formes différentes selon les milieux sociaux. Dans les classes populaires cette morale se colore de nécessité, alors que ce n'est pas le cas pour les milieux plus aisés. L'enquête montre qu'à cet égard la différenciation entre hommes et femmes s'estompe. Est-ce un signe qui traduit l'évolution du rapport des femmes au travail ? La différenciation se joue de plus en plus sur la verbalisation, plus importante chez les femmes, ainsi que sur l'identification plus rapide des atteintes psychiques. La tendance féminine à une plus forte verbalisation auprès de proches (amies, collègues, famille...) et du personnel de santé favorise une identification individuelle plus rapide que celle des hommes des situations psychiquement problématiques.

Dans tous les cas, qu'elle soit issue de la matérialité des faits, d'un diagnostic médical ou d'une phase de réflexion personnelle l'identification est toujours vécue comme un moment à partir duquel le leurre n'est plus possible ; 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 celle-ci peut s'appuyer.

Des protections inégales

Une fois les atteintes à la santé identifiées, les alternatives qui s'ouvrent sont dépendantes des dispositifs de protection dont le/la salarié-e peut bénéficier et de ses possibilités de mobilité professionnelle.

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). La capacité à mettre en place des mesures de protection est inégale. Elle varie selon le niveau de qualification, le statut de l'emploi, les entreprises mais aussi le sexe car les femmes sont fréquemment contraintes par la division sexuée du travail à une mobilité géographique limitée. Ces protections sont incomparablement plus fortes dans le secteur public. Le statut de fonctionnaire protège [du moins encore pour l'instant] les salarié-es par le maintien en emploi avec des possibilités de mobilité ou de reclassement sur un autre poste, variant certes selon les métiers et les types de structures.

François Fresnay, fonctionnaire territorial, analyse les motifs de sa dépression. Cette réflexion l'amène 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. Il déménage afin de limiter les déplacements domicile/école des enfants/travail. Par ces différents ajustements issus de constats successifs, François Fresnay se redonne une capacité d'action tant au niveau familial que professionnel.

Les ajustements qu'il met en place ne sont néanmoins possibles que parce qu'il bénéficie d'un statut 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. Dans le secteur privé, la précarisation de l'emploi et certains modes de gestion de la main d'œuvre affaiblissent les protections des salariés avec des clivages croissants selon le statut de l'emploi et la qualification. Les médecins du travail constatent les réticences que manifestent les salariés peu qualifiés au constat d'inaptitude en raison du risque de perte de revenu ou d'emploi pour ceux dont le statut est précaire (Huez, 1994) (Thébaud-Mony, 2007).

Sylvie Bourgoïn est préparatrice de commandes dans un entrepôt qui approvisionne des grandes surfaces de distribution. Elle n'a pas de qualification 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. » Après 17 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... ce sont les pompiers qui sont venus me chercher, ils m'ont fait des radios, j'avais une hernie cervicale »

Sylvie Bourgoïn est arrêtée pendant six mois puis reprend son poste malgré des douleurs récurrentes qui apparaissent cette fois-ci dans le dos. Les douleurs s'accroissent trois ans après. Elle est

de nouveau arrêtée, le dos immobilisé par un corset pendant deux mois puis reprend le travail avec des traitements anti-douleur ponctuels : « J'avais des douleurs de dos mais, bon j'arrivais toujours à peu près à tenir on va dire... »

Cinq ans après, suite au diagnostic d'une seconde hernie, dorsale cette fois ci, la médecine du travail prononce une inaptitude au poste. L'entreprise lui proposera un reclassement sur un poste à 800 kilomètres de chez elle qu'elle refusera. La question d'une mobilité géographique n'est à aucun moment envisagée ni même discutée au sein du couple. Elle est alors licenciée sans aucune perspective d'embauche en raison de l'effet conjugué de son absence de qualification et de son état de santé. Elle arrivera deux ans après en fin de droits. Les douleurs sont constantes, y compris au repos.

Dans le contexte actuel du marché du travail, la nécessité économique de « tenir en emploi » fonctionne comme un piège qui mène à terme les salarié-es les moins qualifiés à une détérioration irréversible de leur santé, d'autant qu'ils sont les plus exposés à l'usure prématurée des corps. La bifurcation interviendra dans ce cas tardivement sous la forme d'une sortie précoce du marché du travail liée à un constat d'inaptitude. L'absence de protection dès l'apparition des premiers signes de dégradation de leur état de santé et la poursuite de l'exposition à des conditions de travail pathogènes entraînent des limitations fonctionnelles qui sont souvent irréversibles.

Deux modalités de bifurcation

Lorsque des aménagements de poste se révèlent insuffisants ou impossibles, se profile la perspective d'une bifurcation professionnelle. Deux modes de recomposition de l'action se dessinent. Ils se distinguent par la temporalité du processus d'identification et sa nature. Dans un premier cas qui sera qualifié de rupture, le constat porte sur la réalité des faits. La phase de réflexivité est postérieure à l'évènement de santé. Elle est provoquée par les limitations ou la souffrance qu'il entraîne : l'état de santé ne permet plus de travailler dans les conditions habituelles. Des alternatives professionnelles doivent être envisagées. Dans un second cas, qualifié de transition, l'identification porte sur l'évaluation des risques pour la santé que comporte la poursuite de l'activité habituelle. On est dans ce cas dans une démarche préventive où la réflexivité anticipe l'incapacité. Elle vise à éviter la survenue d'un épisode pathologique majeur.

Les ruptures

Les événements de santé génèrent une douleur et des limitations fonctionnelles qui s'éprouvent en tant qu'expérience personnelle qui modifie le rapport de l'individu au monde en général, mais aussi à son propre monde fait de routines. Sa capacité habituelle d'agir est altérée. Il s'ensuit une rupture d'intelligibilité (Bensa, Fassin, 2006). Cette césure correspond à la définition que donnent Tamara Hareven et Kanji Masaoka (1988) des *turning points* : changements majeurs perçus subjectivement par les enquêtés comme ayant réorienté leur trajectoire. Se distinguant de l'analyse d'Andrew Abbott (2001), cette conception met l'accent sur la signification conférée à cette rupture et sur le processus de réorientation de l'action qui en découle. La réorientation professionnelle n'intervient qu'après le constat du caractère irréversible des limitations et de leur incompatibilité avec la poursuite de

l'activité professionnelle. Les alternatives professionnelles sont alors envisagées. Celles-ci varient selon le niveau de qualification, l'entreprise mais aussi selon la possibilité ou non d'une mobilité géographique.

Dans l'instant, ces ruptures d'intelligibilité sont connotées négativement. En revanche, *a posteriori*, l'évaluation de la bifurcation peut être connotée négativement ou positivement selon la signification accordée après coup aux séries temporelles antérieure et postérieure. La bifurcation est évaluée *a posteriori* positivement lorsque l'évènement de santé est lié aux conditions de travail et qu'il n'y a ni séquelle ni déclassement économique ultérieur. Ces bifurcations permettent de sortir de situations de travail particulièrement pathogènes (violence organisationnelle, conditions de travail physiquement éprouvantes...) par une mobilité soit externe soit interne.

Les effets négatifs sont les plus fréquents. Ils correspondent soit à l'irruption d'une pathologie qui a des effets récurrents (maladie chronique ou évolutive), soit à un épisode unique (dépression, accident, maladie ponctuelle etc.) qui par l'ampleur de ses effets à un moment donné déstabilise un parcours et entraîne une carrière ultérieure minorée.

Isabelle Deshayes est secrétaire. Après avoir occupé différents emplois précaires pendant plusieurs années, elle se stabilise dans un emploi dans une institution européenne. Une restructuration entraîne la suppression de son poste. Grâce à ses relations, la DRH lui propose un poste dans le service communication de la présidence de l'Assemblée Nationale. « Un poste en or ! Je crois qu'en France il n'y a pas mieux que l'Assemblée Nationale, 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 de l'inauguration d'une statue le surlendemain. « Il y avait une pression de mort dans ce service. Et au lieu d'avoir une réaction équilibrée d'une personne entre guillemets normale, au lieu de voir tous les aspects positifs de ce poste, j'ai stressé. Je me suis dit : je n'y arriverai pas ! » Elle sort moralement épuisée de cette journée. Le lendemain matin, elle est assaillie par une violente crise d'angoisse : « J'étais trop stressée pour y aller. Je ne pouvais pas. J'ai appelé pour dire que je ne venais 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. Il n'y a plus de place pour la raison. Vous voyez tout avec ce prisme là. C'est difficile à expliquer... Je crois qu'il faut l'avoir ressenti (...) » « 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 évènements de santé ne sont pas nécessairement à épisode unique. Un grand nombre de pathologies sont évolutives. Dans un tel contexte d'incertitude, les modalités d'action sont mouvantes. Des ajustements successifs sont opérés à chaque nouvelle étape en fonction de l'apparition de nouvelles limitations fonctionnelles. Chaque nouvelle séquence est de durée variable, courte ou brève, selon l'évolution de la pathologie.

Après l'annonce du diagnostic par les médecins, Marina Canu limite son temps de travail puis peu après elle arrête de travailler. Son conjoint, Christian, intervient pour qu'elle puisse bénéficier des 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 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 moralement. 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.

Les transitions pour préserver sa santé

Si, dans le cas des ruptures, l'évènement de santé provoque la réflexion puis la bifurcation, dans le cas des transitions le travail réflexif est antérieur à la dégradation de la santé. Il porte dans ce cas 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 et/ou de l'organisation du travail.

Le travail ouvrier en particulier est perçu comme étant à haut risque, et à juste titre. La catégorie ouvrière est en effet 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 (Testenoire, Trancart, 2011). La pénibilité du travail ouvrier est clairement identifiée. Le jugement négatif ne se limite pas à l'usure des corps. Il est également perçu comme déshumanisant (Friedman, 1950).

André Lemaitre travaille dans la métallurgie. Il a été victime de deux accidents du travail qui ne lui ont pas laissé de séquelles. Ce n'est pas le risque d'accident qui motivera son départ mais la peur de l'usure due au 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... ». Une ouvrière employée aujourd'hui dans un service de nettoyage effectue un constat similaire : « Je ne retournerai pas en usine... À l'usine, j'ai l'impression de n'avoir été qu'un numéro, un numéro de sécu là-bas dans un bureau. (...) 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... »

À l'exception du travail ouvrier qui fonctionne comme un repoussoir, la perception des risques provient fréquemment d'un effet d'apprentissage. Un premier évènement de santé lié à des conditions de travail similaires a été vécu antérieurement. Il a laissé le souvenir d'une forte souffrance.

Pierre Lannoy 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. »

Une dizaine d'années plus tard, il est confronté à une situation problématique similaire dans une autre entreprise. Cette fois-ci le choix sera rapide. Les premiers signes avant-coureurs sont rapidement interprétés.

« 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 ! »

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. La période de réflexivité précède et prépare la bifurcation. 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 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'illusoire et/ou que leur état de santé est menacé qu'ils prennent le risque d'une mobilité externe.

Conclusion

Le choix de retenir une entrée par les évènements de santé a permis de se distancier du débat entre les paradigmes médical et normativiste pour se focaliser sur une approche de la santé comme capacité d'action. Les atteintes à la santé ont été appréhendées par leurs incidences sur la capacité d'action au niveau professionnel ; l'évènement étant l'atteinte qui interrompt durablement l'action et provoque dans un délai plus ou moins long une bifurcation. Celle-ci se décline selon deux modalités, les ruptures et les transitions, qui s'opposent par le caractère passif ou actif de la bifurcation. Ces deux modalités de bifurcation s'appuient sur des ressources qui varient en fonction des inégalités de santé, de qualification, de statut de l'emploi mais aussi de genre. Cette recherche révèle l'ampleur des inégalités. Confrontés à des évènements similaires, les actifs ne sont pas tous en mesure de concilier le travail et la préservation de leur santé. Les conséquences diffèrent selon les ressources dont ils disposent. Les inégalités de santé ne se cumulent pas aux inégalités professionnelles, elles les amplifient. De nombreux travaux ont mis en évidence les effets de sélection professionnelle par la santé (Goldberg, 2001) (Jusot, Khlaf, Rochereau,

Sermet, 2007) (Dierennic, Saurel-Cubizolles, Montfort, 2003). Ces effets de sélection se traduisent par des limitations de carrières, des mobilités professionnelles, des déclassements pour les plus qualifiés et des sorties précoces du marché du travail pour les non qualifiés. Tous les déclassements ne peuvent cependant pas être objectivés. Ils peuvent être relativement invisibles s'ils ne se traduisent que par une incapacité spécifique à saisir des opportunités qui auraient été saisies antérieurement ou encore s'ils n'ont pas d'effet sur l'évolution du revenu mais uniquement sur le contenu de l'activité, comme cela est fréquemment le cas dans la fonction publique.

Bibliographie

- Abbott A. 2001. *Time Matters. On Theory and Method*, University of Chicago Press, Chicago.
- 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.
- 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.
- Canguilhem G. 1966. *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.
- Coninck de F., Godard F. 1989. *L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation : les formes temporelles de la causalité*, *Revue française de sociologie*, XXXI, pp. 23-53.
- Deplauze M.-O. 2003. *Codifier les maladies professionnelles : les usages conflictuels de l'expertise médicale*, *Revue française de science politique*, n° 5, pp. 707-735.
- Dierennic 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.
- Friedmann G. 1950. *Où va le travail humain ?*, Gallimard, Paris.
- Giddens A. 1991. *Modernity and Self-Identity*, Polity Press, Cambridge.
- Goldberg M. 2001. *Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. Nature, causes, conséquences*. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 49, pp. 477-492.
- Grossetti M. 2004. *Sociologie de l'imprévisible ; dynamiques de l'activité et des formes sociales*, PUF, Paris.
- Hareven T., Masaoka K. 1988. *Turning points and transitions: perceptions of the life course*, *Journal of family history*, 1/3, pp. 271-289.
- Huez D. 1994. *Souffrances et précarité au travail, paroles de médecin du travail*, Syros, Paris.
- Justot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C., 2007, *Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif*, *Questions d'économie de la santé* n° 125, IRDES.
- Molinier P. 2000. *Virilité défensive, masculinité créatrice*, *Genre, Travail et Sociétés* n° 3, pp. 25-44.
- Nordenfelt L. 1987. *On the nature of health*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

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

Testenoire A., Trancart D. 2011. *Parcours professionnels, ruptures et transitions. Inégalités face aux évènements de santé*, Rapport de recherche CEE.

Thebaud-Mony A. 2007. *Travailler peut nuire gravement à votre santé ?*, La Découverte, Paris.