

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Rapport subjectif au travail :
Sens des trajets professionnels
et construction de la santé
Rapport final – Tome 1

Marie-Pierre GUIHO-BAILLY, Chantal BERTIN,
Jean-Yves DUBRE, Nicole LANCIEN, Jocelyne MACHEFER,
Denise PARENT
LEEST

n° 95 – décembre 2009

Équipe de recherche du LEEST
Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en Santé au travail
EA 4336 – IFR 132 - UA InVS
Université d'ANGERS

POST - ENQUÊTE QUALITATIVE
SANTÉ ET ITINÉRAIRE PROFESSIONNEL

Convention de recherche n° 1310

Cette étude n'engage que ses auteurs

Organigramme du LEEST 2006/2007

Enseignants- chercheurs :

- Yves Roquelaure, PU-PH en médecine et santé au travail, directeur de l'unité associée ;
- Isabelle Richard, PU-PH de médecine physique et de réadaptation ;
- Dominique Penneau-Fontbonne, PU-PH en médecine et santé au travail
- Serge Fanello, PU-PH en santé publique ;
- Patrick Six, MCU-PH, biostatistiques, CHU Angers ;
- Damien Cru, PAST en ergonomie, ISTIA, Université d'Angers ;
- Ghislaine Roche, CCA de médecine physique et de réadaptation, CHU Angers ;
- Anne Ponthieux, AHU en biostatistiques, CHU Angers ;
- CCA de médecine générale, Faculté de Médecine d'Angers.

Praticiens hospitaliers

- Nathalie Andreu, PH en biostatistiques, DIM CHU Angers (0,2 ETP) ;
- Luc Bontoux, médecin de médecine physique et de réadaptation, CRRRF Angers (0,2 ETP) ;
- Corinne Dano, PH en addictologie, médecin du travail, CHU d'Angers, doctorante (0,2 ETP) ;
- Valérie Dubus, praticien hospitalier de médecine physique et de réadaptation, CHU Angers (0,2 ETP) ;
- Marie-Pierre Guiho-Bailly, psychiatre, CH de Cholet, psychopathologie du travail, attaché d'enseignement à la faculté de médecine d'Angers (0,2 ETP) ;
- Stéphanie Moisan, PH en médecine et santé au travail, CHU d'Angers, master 2 d'ergonomie (0,2 ETP) ;
- Bruno Ripault, PH en médecine et santé au travail, CHU d'Angers, DEA d'ergonomie (0,2 ETP) ;
- Pierre Rucay, PH en médecine et santé au travail, CHU d'Angers, toxicologue (0,2 ETP).

Autres chercheurs

- René Brunet, ingénieur en prévention MSA, docteur en sciences de l'Éducation (0,2 ETP) ;

Personnels techniques et administratifs :

- Isabelle Juret, ergonome, titulaire d'un DESS d'ergonomie (1 ETP) ;
- Virginie Bellanger, secrétaire contractuelle (0,8 ETP) ;
- Epidémiologiste contractuelle, titulaire d'un Master 2 (0,5 ETP).

InVS

- Camille Mariot, statisticienne contractuelle, titulaire d'un Master 2 (1 ETP) ;
- Elise Chiron, épidémiologiste contractuelle, titulaire d'un Master 2 (1 ETP) ;

Équipe de recherche constituée pour la post - enquête SIP :

- Dr Marie-Pierre GUIHO-BAILLY, psychiatre, membre du LEEST chargée de la responsabilité de l'enquête et de la rédaction des rapports
Dr Chantal BERTIN, médecin du travail
Dr Jean-Yves DUBRE, médecin inspecteur régional du travail des Pays de Loire
Dr Nicole LANCIEN, médecin du travail
Dr Jocelyne MACHEFER, médecin du travail
Dr Denise PARENT, médecin du travail

Équipe de supervision du LEEST pour la post - enquête SIP :

- Pr Yves ROQUELAURE, PU.PH en médecine du travail, responsable scientifique du LEEST
René BRUNET, ingénieur en prévention, docteur en sciences de l'éducation
Damien CRU, PAST en ergonomie à l'ISTIA
Dr Corinne DANO, doctorante, PH en médecine et santé au travail, addictologue
Dr Stéphanie MOISAN, PH en médecine et santé au travail, ergonome
Isabelle JURET, ergonome

Résumé

L'enquête statistique « Santé et itinéraire professionnel » mise en œuvre en 2006 par la DARES et la DREES vise à étudier en population générale les influences du travail sur la santé et l'impact des événements de santé sur les itinéraires professionnels.

La post-enquête qualitative SIP réalisée un an plus tard a pour objectif de repérer s'il existe ou non des biais invalidants en lien avec les schématisations du questionnaire fermé, risquant d'entraîner des erreurs majeures d'interprétation des interactions entre la santé et la trajectoire professionnelle.

Le LEEST a constitué dans le cadre de cette post-enquête qualitative une équipe de recherche composée de six praticiens formés en psychodynamique du travail (cinq médecins du travail et un psychiatre membre du LEEST) et une équipe de supervision pluridisciplinaire composée de six membres du LEEST.

Trente entretiens individuels ont été réalisés par les chercheurs intervenant en binôme (psychiatre-médecin du travail) avec des personnes domiciliées en Pays-de-Loire, ayant participé à l'enquête SIP et ayant donné, à l'issue de l'interview INSEE, leur accord pour cette démarche. L'échantillon sélectionné pour l'enquête du LEEST comprenait dix personnes n'ayant déclaré aucun problème de santé dans SIP, dix personnes ayant déclaré au moins un événement de santé mais sans établir de lien avec le travail, et dix personnes ayant établi au moins un lien entre événement de santé et un événement de leur itinéraire professionnel.

La technique d'entretien semi-directif adoptée relève de l'approche compréhensive des liens santé – itinéraire professionnel centrée sur le rapport subjectif au travail. Chaque entretien a donné lieu à la rédaction d'une monographie et à une recherche bibliographique sur les risques professionnels et les caractéristiques des métiers évoqués. L'ensemble des entretiens a fait l'objet, par le collectif de recherche, d'une analyse transversale portant sur les différentes dynamiques d'interactions entre santé et itinéraire professionnel.

Le travail ultérieur de rapprochement des monographies avec les fiches synthèses des réponses au questionnaire élaborées par la DARES et la DREES, va dans le sens d'une convergence des données quantitatives et qualitatives pour les grandes lignes des itinéraires professionnels comme pour les principaux événements ou problèmes de santé et leurs liens reconnus avec le travail. L'analyse comparative a cependant mis en évidence des discordances ou des pertes d'information portant sur les dimensions fines des interactions santé – travail, sur la définition par l'enquêté de certains symptômes comme pathologiques ou non, sur le sens de la mobilité interne ou externe dans certains parcours, sur le souci de préservation de la santé dans certains changements de travail ou d'emploi.

Les écarts observés les plus fréquents concernent :

- les événements de la vie adulte ayant marqué l'itinéraire professionnel qui apparaissent sur-évalués dans la grille biographique de SIP,
- les troubles psychiques et les troubles musculo-squelettiques, passés ou présents, qui sont sous-déclarés en tant que tels dans SIP, tout comme leurs liens avec le travail et l'itinéraire professionnel,
- les petits accidents du travail sans séquelles ni influence sur l'itinéraire, qui sont sous-déclarés dans SIP,
- l'absence d'information sur les emplois occupés en cours de scolarité initiale,
- la perte d'information sur l'importance et le sens de la mobilité interne dans les périodes d'emploi long de longue durée, sur l'importance et le sens de la mobilité externe dans les périodes d'emplois courts de brève durée (en particulier dans leurs liens éventuels avec le souhait de préserver la santé), mais aussi sur le sens de l'absence de changements et de son impact sur la santé.

Plusieurs hypothèses sont envisagées pour rendre compte de ces écarts entre données des entretiens et réponses au questionnaire. Parmi les principales : les centres d'intérêts spécifiques du LEEST ; la qualité de médecins des chercheurs, connue des enquêtés ; leur discipline d'origine ; l'évolution en un an de la perception chez certains enquêtés des liens santé - travail, pouvant être liée aux modifications survenues dans leur situation courant 2007 (vie personnelle, travail, santé, liens santé – itinéraire professionnel), mais aussi à la visibilité sociale récente plus grande des risques professionnels psychosociaux et musculo-squelettiques ; les stratégies défensives de déni de perception des risques professionnels ; les effets de « délégitimation » de l'absence de déclaration ou de reconnaissance officielle (en tant que pathologies professionnelles ou accidents du travail) d'atteintes à la santé perçues souvent par ailleurs comme inhérentes au métier ; la complexité des arbitrages opérés lors des bifurcations de la trajectoire ; les effets de mise en lumière sélective des problèmes de souffrance psychique liée au mode d'approche de cette post-enquête centrée sur le rapport subjectif au travail.

L'analyse des discordances constatées permet de penser que se trouve écarté le risque d'une surévaluation dans SIP des problèmes de santé et de leurs liens avec le travail, et que la dimension « préservation de la santé » dans la dynamique de l'itinéraire professionnel sera plus difficile à appréhender que l'interaction entre problèmes de santé caractérisés (liés ou non au travail) et parcours professionnel.

Sommaire

Résumé	5
Sommaire	7
I - Introduction	9
II - L'enquête statistique DARES / DREES « santé et itinéraire professionnel »	11
II a - Contexte, objectifs et grands choix méthodologiques	11
II b- Protocole de l'enquête INSEE : modalités de l'interview	12
II c- Méthode de repérage des interactions entre santé et itinéraire professionnel	14
III - La post-enquête qualitative du LEEST : « Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé »	15
III a- Objectifs, cadre théorique et méthodologie de la recherche	15
III b- Technique d'entretien et dispositif d'élaboration du collectif de recherche.....	17
III c- Hypothèses de départ sur les liens entre construction de la santé et itinéraire professionnel	19
III d- Le déroulement de l'enquête de terrain.....	20
IV - Méthode de rapprochement des monographies et des réponses au questionnaire SIP	33
IV a- La séance de confrontation orale du 31/03/08 à la DARES	33
IV b- Axes d'interrogations du LEEST dans le travail approfondi de comparaison entre monographies et fiches synthèses	34
IV c- Complément d'information demandé à la DARES et la DREES sur les réponses précises des enquêtés à certaines questions de l'enquête SIP	36
V - Analyse comparative transversale des données des entretiens et des réponses au questionnaire SIP...	37
V a- L'enfance.....	37
V b- La grille biographique	40
V c- Les grandes périodes de l'itinéraire professionnel	41
V d- Les changements survenus au cours de l'itinéraire professionnel et leurs motifs	43
VI e- Les conditions de travail dans l'emploi actuel ou récent	58
VI f- La santé	59
VI. Conclusion	69
VII - Bibliographie	73

I - Introduction

L'enquête statistique « santé et itinéraire professionnel » (SIP) mise en œuvre par la DARES et la DREES vise à étudier en population générale les interactions entre santé, travail et itinéraire professionnel.

Les objectifs fixés à la présente post-enquête qualitative étaient de tester, au travers d'entretiens approfondis menés avec des personnes interrogées dans l'enquête SIP et volontaires pour cette démarche, le degré d'adéquation des choix méthodologiques opérés pour la construction du questionnaire avec les objectifs de l'enquête SIP, en évaluant dans quelle mesure et pour quels types de situations existeraient des biais systématiques conduisant à surestimer, sous-estimer ou ignorer des liens entre santé, travail et itinéraire professionnel.

Le laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail de l'Université d'Angers (LEEST) a proposé dans le cadre de cette post-enquête, une méthodologie de recherche s'inscrivant dans le champ théorique de la psychodynamique du travail : l'hypothèse centrale, dans la conduite des entretiens comme dans l'élaboration des récits recueillis, est que le sens des itinéraires professionnels et de leurs liens avec la santé peut s'appréhender en interrogeant le rapport subjectif au travail, pivot des arbitrages effectués tout au long de la trajectoire, dans une dynamique intégrant souhaits et contraintes, vie privée et professionnelle, sens du travail et enjeux de santé.

Le dispositif d'enquête comprenait une équipe de terrain composée de praticiens formés en psychodynamique du travail, intervenant en binôme (psychiatre – médecin du travail) et une équipe pluridisciplinaire de supervision du LEEST.

Trente entretiens ont été menés selon la démarche clinique individuelle d'approche compréhensive des liens entre santé et travail, construite en psychopathologie du travail. À partir d'un échantillon sélectionné par la DARES et la DREES, les trente personnes vues en entretien dans la post-enquête comprenaient dix personnes n'ayant déclaré aucun événement de santé dans SIP, dix personnes ayant déclaré au moins un événement de santé mais sans établir de lien avec le travail et dix personnes ayant établi au moins un lien entre un événement de santé et un événement de leur itinéraire professionnel.

Le travail d'analyse de chaque entretien, la rédaction des monographies, la comparaison ultérieure des données des entretiens avec les synthèses des réponses faites au questionnaire SIP, l'étude transversale des trente itinéraires, la recherche bibliographique, ont donné lieu à une élaboration collective de l'équipe de recherche et à une mise en discussion des résultats et hypothèses dans le cadre scientifique élargi du LEEST.

En adoptant un plan restituant au plus près la démarche suivie dans cette post-enquête, nous aborderons en premier lieu le rappel des choix méthodologiques retenus dans l'enquête statistique, en particulier pour signaler d'emblée ce qui n'a pas été exploré par le questionnaire et a en revanche été abordé lors des entretiens.

Nous expliciterons ensuite la méthodologie de recherche mise en œuvre dans la post-enquête qualitative du LEEST et nous rendrons compte du déroulement effectif de l'enquête de terrain, en précisant en particulier les modalités de sélection des trente enquêtés retenus, mais aussi les caractéristiques connues des non inclus, ouvrant discussion sur les biais de sélection.

Nous préciserons la méthode adoptée pour le rapprochement des monographies et des réponses à l'enquête SIP, en ses différentes étapes.

Nous explorerons ensuite les données individuelles concernant les trente personnes enquêtées, associant pour chacune d'entre elles la monographie, la fiche synthèse SIP élaborée par la DARES et la DREES et notre analyse comparative. Nous avons pris le parti d'intégrer au cœur du rapport l'ensemble de ces données de base de la post-enquête, en ouvrant deux options au lecteur : soit de suivre avec nous le pas-à-pas de la démarche d'interrogation, en se forgeant lui-même ainsi ses propres hypothèses et conclusions, à confronter ensuite aux nôtres, soit de passer directement à l'analyse comparative transversale qui suit l'exposé détaillé des données individuelles, en faisant si besoin retour sur celles-ci au fil des thèmes évoqués et des situations d'enquêtés cités en référence.

Nous développerons les observations et hypothèses issues de l'analyse transversale des trente entretiens, portant d'une part sur les écarts observés entre approche quantitative et approche qualitative et, d'autre part, sur la psychodynamique des itinéraires professionnels étudiés, telle qu'elle s'est exprimée lors des entretiens, et telle qu'elle peut éclairer les liens perçus par l'enquêté entre sa santé et son travail.

Notre approche, centrée sur le vécu subjectif, porte en effet une attention particulière au sens du travail pour le sujet, à la place du travail dans son fonctionnement psychique et dans sa vie, aux motifs de changements survenus dans l'itinéraire professionnel, aux conditions d'émergence des problèmes de santé mentale ou physique mis en lien avec le travail, mais aussi à ce qui peut difficilement être exploré par une enquête statistique, à savoir *ce qui n'a pas eu lieu* : les problèmes de santé évités par la gestion du parcours professionnel et les savoir-faire de métier, les trajets professionnels qui n'ont pas été empruntés, les modifications de travail espérées qui n'ont pas été obtenues, les formations de reconversion restées sans issues, les périodes sans événements marquants qui ont marqué par le plaisir pris au travail et l'équilibre de santé.

L'éclairage que nous proposons sur les portées et les limites de l'enquête SIP, au regard des inévitables restrictions et réductions opérées dans toute approche quantitative, est donc bien sûr lui-même orienté par le cadre théorique qui est le nôtre, plaçant le projecteur sur la subjectivité et tentant de mettre en lumière autant les conditions perçues de construction de la santé au travail que les altérations de la santé ayant eu des relations de causes ou de conséquences avec l'itinéraire professionnel. Nous nous attacherons donc en fin de rapport à mesurer les limites et faiblesses de notre propre approche aux regards des objectifs de la post-enquête qualitative.

II - L'enquête statistique DARES / DREES « santé et itinéraire professionnel »

II a - Contexte, objectifs et grands choix méthodologiques

Les origines de l'enquête renvoient à une demande réitérée des organisations syndicales lors des consultations effectuées par la DARES et la DREES pour l'élaboration de leur programme. Cette demande portait sur le besoin d'une meilleure connaissance des liens entre emploi, conditions de travail et santé.

Dans un premier temps, les deux directions ont commandé au C.E.E. un inventaire des sources existantes sur le thème santé et itinéraire professionnel. Ce bilan a donné lieu au rapport de Marie-France CRISTOFARI (« Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel »), mettant en évidence :

- que peu d'enquêtes s'intéressaient aux deux champs ;
- que les rares enquêtes le faisant privilégiaient l'un des deux volets ou portaient sur des populations très spécifiques (secteur d'activité (GAZEL), secteur géographique (VISAT), classes d'âge (ESTEV)), prenaient peu en considération les personnes fragilisées sur le plan du travail (chômeurs, inactifs, intérimaires) ou de la santé (handicaps, maladies graves, invalidités,...), et d'une façon générale, retraçaient rarement l'ensemble de l'itinéraire professionnel dans ses rapports avec la santé.

La DARES et la DREES ont donc, conformément aux préconisations du rapport, décidé de mener en partenariat une étude quantitative en population générale ayant un double objectif :

- mieux connaître les effets sur la santé des conditions d'emploi et de travail pris en compte sur toute la durée du parcours professionnel ;
- repérer l'incidence de l'état de santé sur l'itinéraire professionnel.

Les grands choix méthodologiques retenus pour l'enquête statistique ont été les suivants :

- le principe d'une double interrogation espacée de quatre ans (2006-2010) avec une dimension rétrospective et une dimension prospective :

- Une première phase d'enquête (2006) avec une interrogation portant sur l'itinéraire professionnel et les événements de santé passés, mais aussi sur des caractéristiques et événements de l'enfance, de la vie familiale et personnelle ayant pu avoir des conséquences sur la santé ou la situation professionnelle, ainsi qu'une description de la situation actuelle du point de vue de l'emploi, du travail et de la santé.
- Une deuxième phase d'enquête en 2010 avec, pour les mêmes enquêtés, une interrogation portant sur l'évolution des situations de travail et de santé entre les deux dates.

- Le principe du recueil de données déclaratives, subjectives : Événements de vie jugés marquants pour l'intéressé ; changements de travail ou de conditions de travail considérés comme importants ; bilan subjectif de l'itinéraire professionnel en terme de maîtrise et de satisfaction ; santé perçue,...

- S'agissant de l'itinéraire professionnel, la description des épisodes professionnels en quatre grands types de périodes, constituant les éléments de base d'une reconstitution exhaustive du parcours :

- Emploi long (5 ans ou plus chez le même employeur, même s'il y a eu des changements de statuts ou de postes).
- Emplois courts (regroupant un ou plusieurs épisodes d'emplois de moins de 5 ans, successifs ou disjoints, pouvant inclure des périodes d'inactivités ou de chômage de moins d'un an).
- Chômage (un an ou plus).
- Inactivité (un an ou plus), (sans emploi ni recherche d'emploi, distingué de la retraite ou de la préretraite, identifiées en tant que telles).

- S'agissant de la description du contenu ou des conditions de travail : le découpage de chaque épisode d'emploi (court ou long) en un nombre restreint (3 maximum, selon la durée de l'emploi occupé) de sous-

périodes correspondant à des changements jugés importants par l'intéressé, avec une interrogation synthétique (11 items) sur les caractéristiques de chaque sous période, les motifs et le contenu des changements retenus.

- S'agissant des problèmes de santé passés et présents :
 - L'utilisation de questionnaires standardisés et validés permettant la comparaison avec d'autres enquêtes.
 - Le relevé des problèmes de santé en quatre grandes catégories : Maladies ; Autres symptômes ; Accidents ; Handicaps ou malformations.
 - La prise en compte de ce qui est perçu par l'enquêté comme gênes perturbant sa vie quotidienne (gênes fonctionnelles, douleurs, troubles du sommeil, consommation médicamenteuse).
 - L'abord par auto-questionnaire du poids et des conduites de consommation d'alcool et de tabac.

Les questions posées ont été conçues pour permettre d'établir des typologies d'itinéraires, du point de vue de la vie professionnelle (avec les notions de continuité, rupture, précarité, contraintes, choix, mobilité,...) comme du point de vue de la santé (à travers les principaux problèmes ou événements de santé, liés ou non avec le travail).

II b- Protocole de l'enquête INSEE : modalités de l'interview

Il nous paraît important, dans la perspective de comparaison des données recueillies dans l'enquête quantitative et dans la post-enquête qualitative, de **préciser les modalités d'interview lors de l'enquête INSEE.**

- La détermination de la personne interrogée au sein du ménage s'est faite selon une méthode dite « tirage kish ».
- L'enquête est annoncée comme obligatoire.
- L'enquête s'effectue en face à face.
- Des tiers peuvent être présents lors de l'interview et une question est prévue à ce sujet dans SIP (S 132, S 133), précisant l'identité de la ou des personnes présentes.
- L'interview se déroule par étapes explorant successivement l'enfance, la scolarité, le déroulement chronologique de l'itinéraire professionnel, avec les caractéristiques des principaux emplois et des conditions de travail, puis abordant les questions de santé en dernier lieu.

• L'enquête commence (questionnaire CAPI avec saisie directe sur micro ordinateur) par une série de questions concernant **l'enfance** puis **la scolarité** : personnes ayant élevé l'enquêté, nationalités, langue parlée, fratrie, études initiales, niveau de diplôme obtenu, motifs d'arrêt d'études (dont les problèmes de santé), événements marquants pendant l'enfance (dont les événements de santé). *Nous n'avons relevé aucune question sur les modalités de l'orientation professionnelle initiale de l'enquêté (contrainte ou choisie) ni sur le(s) métier(s) exercé(s) par ses parents, leur niveau d'étude, leur situation au regard de l'emploi, le bilan subjectif de leur propre itinéraire professionnel tel que perçu par l'enquêté lorsqu'il était enfant, leur situation de santé éventuellement mise en lien par l'enquêté avec leur parcours professionnel.* Cette première partie de l'interview portant sur l'enfance se conclut par une question relative à la situation actuelle vis-à-vis de l'emploi.

• L'enquête se poursuit par le remplissage avec l'enquêté de sa **grille biographique**, retraçant les grandes lignes, datées, de son itinéraire personnel (fin de scolarité, premier logement indépendant, déménagements, hébergement, vie(s) de couple, enfants élevés,...) et de son parcours professionnel selon les quatre types de périodes définis dans la méthodologie (emploi long, emploi court, chômage, inactivité) auxquelles s'ajoutent ou se superposent éventuellement les situations de service militaire, congé parental, préretraite, retraite, arrêts maladies de plus de six mois, formation de plus d'un an,. Une dernière question est posée concernant les événements survenus pendant la vie d'adulte et ayant particulièrement marqué l'itinéraire professionnel (question 17).

• La troisième phase de l'interview est un retour au questionnaire CAPI abordant, *en premier lieu*, **l'itinéraire professionnel** qu'on demande à l'enquêté de décrire chronologiquement, en ayant à sélectionner les **changements** de contenu ou de conditions de travail jugés par lui les plus importants, mais en n'en conservant qu'un nombre restreint, variable selon la durée de la période d'emploi (un changement pour une période d'emplois longs ou courts de 5 à 10 ans ; deux changements pour 10 à 20 ans, trois changements maximum pour une durée de 20 ans ou plus). À chaque changement retenu, pour une période d'emploi long ou d'emplois courts, onze questions relatives aux **conditions de travail** sont posées à l'enquêté : avant et après le premier changement, après le deuxième changement et après le troisième.

Il est à noter qu'il n'y a pas, ce faisant, d'interrogation sur l'évolution éventuelle des conditions de travail en cours de sous - période considérée, (par exemple, conditions jugées initialement satisfaisantes, après un changement souhaité, et se détériorant ensuite, motivant le changement suivant) et que la fonction principale et la catégorie socioprofessionnelle à déclarer sont celles du début de l'emploi considéré.

Pour les périodes d'emplois courts, on ne décrit pas dans SIP chaque emploi ni chaque profession : il est demandé à l'enquêté, s'il a occupé plusieurs emplois successifs ou parallèles, de choisir ce qu'il considère comme être sa profession principale sur cette période (la plus longue, ou à défaut, la plus importante pour son parcours).

En conclusion de cette troisième phase portant sur l'itinéraire professionnel, le questionnaire demande à l'enquêté un **bilan sur son itinéraire**, sous forme d'une appréciation subjective, cotée sur une échelle de 0 à 10, du sentiment de maîtrise (question z135) et de la satisfaction éprouvée (question z136) concernant le parcours professionnel.

Il est à noter que ce bilan intervient dans le questionnaire avant l'interrogation sur les problèmes de santé.

Une question explore également l'importance accordée au travail dans la vie de l'enquêté (question z134).

- La quatrième phase de l'interrogation (questionnaire CAPI) explore **les activités sociales**, puis **les revenus** de l'enquêté.

- La cinquième phase est consacrée aux **problèmes de santé passés et présents**.

Ce chapitre commence par explorer la perception de la santé globale par le **mini module européen**, l'existence de maladies chroniques et d'un problème de santé limitant depuis au moins six mois les activités habituelles. Une « **carte des maladies** » est proposée à l'enquêté(e) pour l'aider à déclarer les maladies dont il dit être atteint.

Sont ensuite explorés les **autres problèmes de santé (symptômes), les accidents, les handicaps ou malformations**. Pour chacune des quatre catégories de problèmes de santé, des questions sont posées sur les éventuelles perturbations secondaires de la vie professionnelle, les conséquences en terme d'emploi, puis sur le lien causal établi éventuellement par l'intéressé avec les conditions de travail.

La **santé mentale** est ensuite explorée à partir d'axes du « **MINI** » (mini international neuropsychiatric interview). *Il est à noter que seules les dimensions concernant les troubles dépressifs et anxieux sont explorées.*

Enfin, la partie de l'enquête consacrée à la santé conclue par des questions concernant **les gênes éprouvées dans la vie quotidienne** des gênes fonctionnelles, des douleurs, des dysomnies, la consommation médicamenteuse portant sur trois classes de produits (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques), ainsi que la reconnaissance officielle administrative des maladies, accidents ou handicaps (inaptitude, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité,...).

- La dernière phase de l'interview aborde **la suite de l'enquête**, avec d'une part, l'établissement de la fiche de suivi de l'adresse de l'enquêté pour la reprise de contact liée à la deuxième vague 2010 de l'enquête SIP, et d'autre part, le recueil de l'accord de principe de l'enquêté pour la post-enquête qualitative prévue dans les mois suivants (entretien avec un chercheur, dans le but d'approfondir les points de vue exprimés, d'enrichir ainsi l'interprétation des données statistiques et de contribuer à construire la seconde interrogation de 2010).

- L'entretien se termine par **la remise d'un auto-questionnaire** portant sur le **poids, la taille, la consommation d'alcool et de tabac**, questions jugées particulièrement délicates. Une relance est prévue quelques jours après l'entretien pour vérifier auprès de l'enquêté s'il a bien renseigné et renvoyé l'auto-questionnaire. *Il est à noter que cet auto-questionnaire ne comporte pas de questions relatives aux liens éventuellement perçus entre ces comportements addictifs et les situations de travail.*

La fin de l'enquête quantitative pose donc clairement pour l'enquêté la perspective d'une « suite » : à court terme, avec l'éventualité d'un entretien avec un chercheur dans le cadre d'une post enquête qualitative ; à moyen terme (4 ans) avec le retour d'un enquêteur INSEE pour la deuxième vague d'enquête statistique.

II c- Méthode de repérage des interactions entre santé et itinéraire professionnel

Le repérage des interactions entre santé et itinéraire professionnel dans le questionnaire est assuré selon cinq entrées complémentaires :

- 1- À partir de l'interrogation sur l'itinéraire professionnel, la demande directe à l'enquêté(e) d'un lien perçu (ou non) entre une étape de la vie professionnelle et un événement de santé.
- 2- À partir de l'interrogation sur l'itinéraire professionnel, la demande directe faite à l'enquêté(e) d'un lien perçu (ou non) entre un événement de santé cité au cours de la description de l'itinéraire professionnel et la période de travail antérieure.
- 3- À partir de l'interrogation sur la santé, la demande directe à l'intéressé(e) d'un lien perçu, ou non, entre une maladie, un problème de santé, un accident ou un handicap et les conditions de travail.
- 4- À partir de l'interrogation sur la santé, le relevé des reconnaissances officielles du lien avec le travail (accident du travail, maladie professionnelle, indemnisation,...).
- 5- La datation systématique des deux types d'événements permettant l'analyse de leur temporalité et le repérage d'éventuelles relations non formulées par l'enquêté(e) lors de la passation du questionnaire.

Il est à noter que dans l'interrogation portant sur les raisons de santé ayant pu motiver un changement dans l'itinéraire professionnel, la possibilité est ouverte de déclarer non seulement un événement de santé avéré mais également le souhait de préserver sa santé.

III - La post-enquête qualitative du LEEST : « Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé »

III a- Objectifs, cadre théorique et méthodologie de la recherche

1. Les objectifs

Le principe d'une post-enquête qualitative suivant de quelques mois l'enquête INSEE a été retenu d'emblée par le comité scientifique de l'enquête SIP.

Le but premier de cette post-enquête qualitative est de tester le degré d'adéquation des grands choix méthodologiques retenus pour l'observation quantitative et tout particulièrement de repérer s'il existait ou non des biais invalidants en lien avec les schématisations du questionnaire fermé, risquant d'entraîner des erreurs majeures d'interprétation des interactions entre la santé et la trajectoire professionnelle en terme de surestimation, de sous-estimation ou de méconnaissance.

L'appel à projet pour cette post-enquête qualitative s'adressait aux chercheurs en sciences sociales (psychologues, ergonomes, sociologues,...) intéressés par l'étude des liens entre la santé et l'itinéraire professionnel.

2. Le LEEST et la constitution de l'équipe de recherche

Le LEEST (Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail de l'université d'Angers) a pour objectif principal l'étude pluridisciplinaire des pathologies liées au travail ou à fort retentissement professionnel, en premier lieu les troubles musculo-squelettiques et les lombalgies, en prenant en compte dans la genèse de ces atteintes à la santé non seulement les dimensions biomécaniques, mais également les dimensions psychologiques, sociales et économiques, ainsi que la chronicité de ces troubles et leurs conséquences en terme de fragilisation des parcours professionnels. L'enquête SIP présentait donc en soi un intérêt majeur pour les travaux du LEEST et cet intérêt a constitué une des motivations premières de la réponse à l'appel à projet.

Le dispositif de recherche proposé par le LEEST pour cette post-enquête comportait une équipe de terrain formée à cette approche et une équipe pluridisciplinaire de supervision.

- L'équipe de terrain était composée d'une psychiatre membre du LEEST (M.P. GUIHO-BAILLY) et de cinq médecins du travail (C. BERTIN, J.Y. DUBRE, N. LANCIEN, J. MACHEFER, D. PARENT), tous ces praticiens étant formés en psychodynamique du travail, ayant une pratique clinique expérimentée des entretiens individuels d'évaluation et d'élaboration des liens entre santé et travail et ayant tous déjà participé à des enquêtes statistiques sur le thème santé – travail (ESTEV, SAMOTRACE,...).

Cette équipe avait en charge :

- la réalisation des entretiens et la rédaction des monographies ;
- le travail de rapprochement ultérieur de ces monographies avec les fiches de synthèses réalisées par la DREES et la DARES à partir des réponses aux questionnaires SIP ;
- le travail d'analyse comparative transversale des trente observations cliniques permettant la formulation de questions et d'hypothèses en terme de sens des itinéraires professionnels au regard des problématiques santé – travail ;
- la rédaction du rapport intermédiaire et du rapport final.

Le travail de recherche supposait une élaboration collective des chercheurs après chaque entretien et, une fois l'ensemble des entretiens réalisé, lors de séances de travail régulières, hebdomadaires d'avril à juillet 2008.

- L'équipe pluridisciplinaire de supervision était constituée de six membres du LEEST formés aux méthodes quantitatives et aux approches qualitatives :

- Yves ROQUELAURE, PU-PH en médecine et santé au travail responsable scientifique du LEEST ;

- Damien CRU, PAST en ergonomie à l'ISTIA ;
- René BRUNET, ingénieur en prévention, docteur en sciences de l'éducation ;
- Corinne DANO, doctorante, PH en médecine et santé au travail, addictologue ;
- Stéphanie MOISAN, PH en médecine et santé au travail, ergonomiste ;
- Isabelle JURET, ergonomiste.

Ce dispositif de supervision avait pour fonction de permettre, dans le cadre de réunions correspondant aux différentes étapes de la recherche, la mise en discussion dans un cadre scientifique élargi de la méthodologie adoptée pour l'enquête, des éventuelles difficultés rencontrées, des données recueillies et des hypothèses formulées quant aux liens entre santé et itinéraire professionnel.

3. Cadre théorique et méthodologie de la recherche

La méthode retenue par le comité scientifique de l'enquête SIP pour la post-enquête qualitative était la suivante :

- Des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'un certain nombre de personnes enquêtées ayant donné, lors de la passation du questionnaire, leur accord de principe pour cette seconde démarche d'approfondissement.
- Un rapprochement entre les monographies ainsi réalisées et les réponses aux questionnaires (pouvant être synthétisées), afin de repérer si les réponses obtenues par ces deux méthodes d'investigation différentes faisaient apparaître des écarts systématiques et significatifs, en particulier concernant les liens entre événements de santé et itinéraire professionnel.

La post-enquête qualitative proposée par le LEEST est centrée sur le vécu subjectif des enquêtés, sur le sens qu'ont pris pour eux les spécificités de leur parcours professionnel et de leurs événements de santé, sur leur mode de préservation de leur santé face aux contraintes physiques et mentales du travail, sur la place du travail dans leur équilibre psychosomatique et leur construction identitaire, avec un cadre théorique se référant aux travaux menés en psychodynamique du travail.

La recherche-action en psychodynamique du travail a construit une méthodologie d'enquête partant d'une demande d'intervention de salariés en lien avec un vécu collectif de souffrance au travail. Cette méthodologie suppose une approche collective menée en milieu de travail avec des salariés volontaires pour une démarche d'élucidation du sens de cette souffrance, d'interrogation portant sur les caractéristiques et évolutions de l'organisation du travail, sur le mode de fonctionnement des collectifs de travail, sur les stratégies défensives collectives inconscientes mises en place par les salariés pour pouvoir continuer à travailler tout en préservant au mieux leur santé mentale et physique.

Cette méthode d'enquête n'est pas adaptée aux objectifs et aux conditions de la post-enquête SIP

- l'objet de l'enquête qualitative n'est pas la compréhension d'un vécu de souffrance dans la situation de travail actuelle, mais l'étude des liens éventuels entre itinéraire professionnel et santé générale ;
- les enquêtés ne sont pas demandeurs de l'intervention des chercheurs : la demande émane des chercheurs, dans le cadre d'un programme de recherche national d'origine ministérielle ;
- l'entretien s'effectue au domicile de l'enquêté, et non sur le lieu de travail ;
- l'approche ne peut être qu'individuelle.

Mais la psychodynamique du travail a également profondément transformé la démarche clinique d'approche individuelle des problèmes de santé au travail, pour des chercheurs et praticiens intervenant dans le champ de la santé ou dans le champ du travail (médecins du travail, psychiatres, psychologues, ergonomes, préventeurs, travailleurs sociaux...), en construisant des repères théoriques d'intelligibilité des liens éventuels entre événements de santé et situations de travail et en formant ces praticiens et chercheurs à une technique d'entretien reposant sur l'approche compréhensive de l'expérience vécue du travail, portant sur la dimension subjective du rapport au travail, à ses contraintes, à son évolution, à ses effets sur la santé. C'est cette technique d'entretien, interactive et intersubjective, qui a été utilisée dans cette post - enquête qualitative.

III b- Technique d'entretien et dispositif d'élaboration du collectif de recherche

Conception de l'enquête de terrain

Il a été décidé que les trente entretiens seraient effectués par un binôme de praticiens chercheurs constitué de M.P. GUIHO-BAILLY, psychiatre membre du LEEST, et de l'un ou l'autre des médecins du travail de l'équipe de recherche.

Ce dispositif a été adopté pour les raisons suivantes :

1- En terme d'approche pluridisciplinaire, privilégiée pour appréhender la complexité des liens entre évolutions de la santé et évolutions de la situation de travail.

2- En terme de possibilité d'échange contradictoire entre les deux chercheurs impliqués, après chaque entretien, sur leurs observations et leur ressenti, la subjectivité des chercheurs étant engagée dans la technique même de l'enquête.

3- En terme de faisabilité de l'enquête en lien avec l'inégale disponibilité des divers participants : là où, dans le cadre de ses activités de recherche au LEEST, M.P. GUIHO-BAILLY pouvait assurer la totalité des phases de l'enquête, les médecins du travail retenus pour la post-enquête en raison de leur compétence en psychodynamique du travail disposaient d'une disponibilité plus restreinte en raison de leurs contraintes professionnelles ou personnelles : un partage du nombre d'enquêtés était donc nécessaire.

Le Dr D. PARENT a assuré 14 entretiens,

Le Dr C. BERTIN, 5 entretiens.

Le Dr J.Y. DUBRE, 4 entretiens.

Le Dr N. LANCIEN, 4 entretiens.

Le Dr J. MACHEFER, 3 entretiens.

Il a été décidé que M.P. GUIHO-BAILLY, présente à chaque entretien, conduirait ceux-ci et que le médecin du travail aurait un rôle d'observateur, avec possibilité d'intervention pour préciser si nécessaire certaines caractéristiques des situations de travail et des risques professionnels.

L'entretien ne serait pas enregistré conformément à la méthode de la recherche en psychodynamique du travail et à la démarche clinique en psychopathologie du travail, mais ferait l'objet d'une prise de notes, assurée en particulier par le médecin du travail observateur.

Les entretiens se dérouleraient au domicile de l'enquêté, après un rendez-vous fixé lors d'un contact téléphonique.

Démarche d'abord des personnes enquêtées

Le contact téléphonique de prise de rendez-vous a été effectué pour tous les enquêtés par Marie-Pierre Guiho-Bailly, se référant à la première phase de l'enquête SIP par questionnaire et rappelant l'acceptation de principe donnée par l'enquêté(e) pour un second entretien d'approfondissement mené par une équipe de recherche.

Il a été indiqué :

- qu'un courrier du ministère serait adressé le jour même ou le lendemain de l'appel téléphonique pour confirmer le caractère officiel de la démarche de prise de rendez-vous dans le cadre de l'enquête SIP (annexe),
- que les deux chercheurs disposaient de cartes officielles de l'INSEE à présenter lors de la rencontre.

Les deux chercheurs chargés, en binôme, de l'enquête qualitative ont été présentés comme médecins rattachés à une équipe de recherche en santé au travail de l'Université d'Angers, le LEEST, sans spécifier la spécialité initiale de chacun des praticiens.

Il a été d'emblée précisé lors de ce premier contact téléphonique :

- qu'il ne s'agissait pas d'un examen médical mais bien d'un entretien approfondi de recherche portant sur le parcours professionnel, les événements de santé et la compréhension d'éventuels liens entre les évolutions de la santé et de la situation professionnelle ;
- que le temps de l'entretien serait approximativement de deux heures ;
- qu'il s'agissait ici (*contrairement au cadre de l'interview INSEE*) d'un entretien strictement individuel ayant lieu au domicile de l'enquêté, et qu'en conséquence, il revenait à celui-ci de s'organiser pour que nous ne soyons pas dérangés par des tierces personnes pendant ce temps, sachant que le jour et l'heure de l'entretien étaient fixés en partant des disponibilités de la personne enquêtée, avec une souplesse de l'équipe de recherche en terme de planification (échéances plus ou moins rapprochées, soirées, samedi matin,...) et qu'un numéro de téléphone mobile était communiqué pour permettre de nous contacter en vue d'un report de rendez-vous en cas d'imprévu, ce qui s'est produit à quatre reprises.

Les démarches de prises de rendez-vous ont commencé début Octobre 2007. Le premier entretien a eu lieu le 17 octobre 2007 et le dernier le 4 février 2008.

Technique d'entretien

a. Travail préalable à l'entretien

Préalablement à l'entretien, les deux chercheurs impliqués ont étudié *la grille biographique* de l'enquêté, permettant de repérer les grandes lignes de l'histoire de vie personnelle et professionnelle. Il s'agissait là des seules informations connues d'eux et du minimum requis permettant l'entrée en contact pertinente avec l'enquêté pour cette démarche d'enquête qualitative d'approfondissement. Les questions éventuelles soulevées par ces informations ont été notées pour être reprises lors de l'entretien.

b. Présentation des chercheurs

Les chercheurs se sont présentés en rappelant leur qualité de médecin et leur appartenance à l'équipe de recherche en santé au travail du LEEST, le caractère officiel de leur démarche (carte d'enquêteur INSEE), le fait qu'il ne s'agissait pas d'un examen médical mais d'un entretien approfondi.

Il a été précisé également avant le début de l'entretien le rôle de chaque chercheur : conduite de l'entretien par le Dr Guiho-Bailly, prise de notes assurée en priorité par l'autre médecin, susceptible cependant d'intervenir ponctuellement pour faire préciser certains points.

Dans les situations de présence d'un tiers à l'arrivée des chercheurs, la nécessité de respecter le cadre individuel de l'entretien a été rappelée.

c. Présentation du déroulement de l'entretien

Les grandes lignes du déroulement de l'entretien ont été préalablement annoncées, en rappelant sa durée prévisible de deux heures :

- introduction par le rappel des objectifs de l'enquête SIP et de la post-enquête qualitative,
- validation avec l'enquêté des données de sa grille biographique, seul élément d'information en possession des chercheurs,
- début de l'entretien proprement dit par le point sur la situation actuelle de l'enquêté sur le plan professionnel et sur le plan santé,
- poursuite de l'entretien par la reprise chronologique de l'histoire de vie, du parcours professionnel et des événements de santé.

d. Réalisation de l'entretien

Partant de l'analyse de la situation actuelle en terme de travail et de santé, dans ses dimensions objectives et subjectives (emploi, statut, poste, rapport subjectif au travail, existence de problèmes de santé diagnostiqués, traités, perception subjective de l'état de santé,...), l'entretien se proposait d'explorer ensuite l'histoire infantile (en soulevant la question du métier exercé par les parents et des motifs de l'orientation scolaire et professionnelle initiale de l'enquêté), puis l'histoire de vie de la personne en terme de parcours professionnel, d'événements de vie et d'antécédents médicaux (psychiques, somatiques, accidentels, addictifs), le mode de vie hors travail (vie

personnelle, familiale et sociale), ainsi que les modalités du fonctionnement mental habituel (éclairant les plus ou moins grandes marges de manœuvres psychiques en terme de choix de vie, de dégagement de situations à risque, de mobilité des investissements). *Nous voyons donc que l'ordre d'abord des différents « chapitres » de l'histoire de vie, de santé et de travail des enquêtés n'est pas exactement superposable à l'ordre de passation du questionnaire SIP, puisque nous abordions en premier lieu la situation actuelle avant de reprendre le fil du temps et, par ailleurs, nous tenions compte des éventuels liens associatifs faits par les enquêtés au cours de leur récit entre telle étape et telle autre, entre vie privée et vie professionnelle, quitte à revenir ensuite en arrière pour retracer le parcours dans sa totalité.*

Il s'agissait d'apprécier l'existence ou non d'atteintes à la santé actuelles ou passées, leur impact éventuel sur l'itinéraire professionnel, leur degré d'imputabilité à la situation de travail ou à l'histoire professionnelle, mais également d'appréhender avec l'intéressé la psychodynamique de son itinéraire professionnel, les modalités de gestion du parcours et le sens des changements intervenus, les issues trouvées ou non au regard des enjeux de santé physique ou mentale, ainsi que les caractéristiques des situations de travail jugées positives pour l'équilibre psychique et physique.

L'entretien s'est terminé systématiquement – dans une perspective de clôture visant à re-contenir ce qui avait pu être émotionnellement déstabilisé par le questionnement – par deux questions plus générales portant sur la définition par l'intéressé(e) de la santé et de la place du travail par rapport à la santé.

La démarche d'entretien, semi-directive, a tenu tout à la fois :

- la nécessité de balayer l'ensemble des questions envisagées ci-dessus ;
- la nécessité de ne pas rompre le fil associatif du discours de la personne enquêtée, en la suivant au plus près de son expression personnelle, de l'élaboration du sens pour elle de la succession des évènements de vie, de santé et de travail ;
- la nécessité de prendre en compte les émotions exprimées par la personne enquêtée, comme les émotions ressenties par les chercheurs, et d'en interroger le sens.

III c- Hypothèses de départ sur les liens entre construction de la santé et itinéraire professionnel

Les travaux de recherche en psychodynamique du travail ont montré que certains modes d'organisation du travail peuvent faire obstacle aux possibilités d'aménagement par le sujet de modalités de travail compatibles avec son fonctionnement mental et son équilibre psychosomatique et peuvent donc constituer un risque pour la santé (apparition de troubles psychiques, somatiques, addictifs, survenue d'accidents du travail...) même, paradoxalement, dans des cas d'apparente amélioration de la situation de travail (premier emploi stable, promotion, mutation souhaitée, nouvelles technologies,...).

Pour la psychodynamique du travail, il s'agit non seulement de comprendre par quel processus les situations de travail et les organisations de travail peuvent parfois être pathogènes et générer des atteintes à la santé mentale ou physique, mais également d'appréhender par quels mécanismes individuels et stratégies collectives les salariés arrivent à préserver leur santé malgré les contraintes du travail et les risques inhérents au métier. Les études menées en psychodynamique du travail (rejoignant en cela les travaux d'ergonomie) montrent en effet que les travailleurs ne restent jamais passifs face aux situations de travail potentiellement délétères.

Cette construction des conditions de préservation de la santé dans le travail dépend en grande partie des marges de manœuvres persistant (ou non) dans l'organisation du travail, de la souplesse relative des procédures, de la prise en compte au niveau managérial de la réalité des situations de travail et de l'apport des agents dans l'analyse des dysfonctionnements, des possibilités d'auto-organisation collective dans la répartition des tâches et les coopérations, des possibilités de changement de poste, de promotion, de mutation, de temps partiel choisi, de réorientation professionnelle, ...

Cette priorité généralement accordée par le sujet à la préservation de sa santé peut parfois aboutir, en l'absence de tout aménagement possible en interne à l'entreprise, à des bifurcations de l'itinéraire professionnel par départs volontaires ou par médicalisation de la rupture de contrat via l'incapacité définitive à tout poste dans l'entreprise,

perte d'emploi socialement connotée négativement mais vécue subjectivement comme la seule voie permettant la sauvegarde de la santé.

Enfin, les recherches en psychodynamique du travail ont mis en évidence, au-delà des mécanismes psychiques défensifs individuels, des stratégies collectives de défense visant à protéger les travailleurs de la perception des risques professionnels (banalisation en terme de « risques de métier », déni de perception, conduites de « bravade »,...), permettant en particulier de lutter contre la peur et intégrées à la construction de savoirs-faire de prudence.

L'hypothèse d'une possible sous-déclaration des problèmes de santé et des liens entre santé et travail, favorisée par les schématisations du questionnaire fermé, doit donc être considérée.

On voit ainsi qu'appréhender *le sens* des itinéraires professionnels au regard des liens entre travail et santé suppose, au niveau individuel, une approche compréhensive fine du poids des contraintes subies, *du sens pour le sujet* des décisions prises, des changements intervenus dans le travail, des événements de santé perçus comme tels.

Les hypothèses de départ de l'équipe de recherche du LEEST, issues des apports théoriques de la psychodynamique du travail, peuvent donc se résumer ainsi :

- le rapport subjectif au travail compte autant sinon plus que la pénibilité de la tâche, la sécurité de l'emploi ou l'existence de problèmes de santé caractérisés dans les déterminants de l'itinéraire professionnel ;
- la priorité du sujet porte sur la préservation de sa santé psychique et physique et les choix opérés dans le parcours professionnel peuvent avoir une visée et une efficacité préventive ;
- il peut exister des sous-déclarations des problèmes de santé liés au travail, correspondant à des mécanismes de défense individuels ou à des stratégies collectives de défense protégeant le sujet de la perception des risques professionnels pour lui permettre de tenir au travail ;
- la réduction des marges de manœuvre en terme de fonctionnement des collectifs de travail ou en terme d'issue individuelle dans l'évolution du parcours professionnel peut constituer des risques pour la santé.

III d- Le déroulement de l'enquête de terrain

1. Constitution de l'échantillon initial

Dans la mesure où, au plan national, plus de 40 % des personnes interrogées lors de l'enquête par questionnaire n'ont déclaré aucun problème de santé et où seulement moins de 10 % ont établi explicitement au moins un lien entre un événement de santé et un événement de l'itinéraire professionnel, le comité scientifique avait recommandé la sur-représentation de cette dernière catégorie et la sous-représentation des personnes n'ayant déclaré aucun événement de santé, dans le but de favoriser les possibilités d'identifier des surévaluations de liens entre santé et itinéraire professionnel.

L'équipe de terrain et l'équipe de supervision du LEEST avaient exprimé leur accord pour sur-représenter la catégorie des personnes ayant déclaré des liens entre santé et travail, mais avaient également souhaité ne pas prendre le risque d'une sous-estimation de ces liens, en examinant également de près la situation des personnes n'ayant déclaré aucun événement de santé ou n'ayant pas établi de liens entre événement de santé et itinéraire professionnel.

L'option finalement retenue et exposée dans la note méthodologique de Juillet 2007 a été de constituer, pour les 30 personnes incluses dans la post-enquête LEEST, domiciliées dans les Pays-de-Loire, trois groupes d'égale importance représentant les trois catégories suivantes :

- 1) 10 personnes parmi celles n'ayant déclaré aucun événement de santé (SL1),
- 2) 10 personnes parmi celles ayant déclaré au moins un événement de santé, mais sans établir de lien avec le travail (SL2),

- 3) 10 personnes parmi celles ayant établi explicitement au moins un lien entre un évènement de santé et un évènement de l'itinéraire professionnel (SL3).

Pour pallier les risques d'un refus secondaire des personnes ayant accepté le principe d'une seconde phase d'enquête qualitative lors de la passation du questionnaire, il a été demandé à l'INSEE de fournir 60 fiches – adresses, soit 20 par catégorie.

La sélection initiale a été effectuée en Août 2007 et communiquée au LEEST le 4/09/2007.

Les grilles biographiques des personnes retenues ont été adressées au LEEST par la DRESS le 5/09/2008.

Les fiches-adresses correspondantes ont été adressées au LEEST par l'INSEE-DR Pays de Loire le 26/09/2007.

2. Modalités de sélection des trente personnes retenues par l'équipe du LEEST

La sélection finale résulte essentiellement des difficultés rencontrées dans la prise de contact avec les personnes de l'échantillon sélectionné, en terme d'absence de coordonnées téléphoniques, de changement d'adresse sans localisation possible ou de refus opposé à la demande d'entretien.

La liste complète et définitive des trente identifiants des personnes retenues a été communiquée à la DARES le 14 Janvier 2008.

Sur les 60 enquêtés SIP initialement sélectionnés :

- 1 personne a été écartée de la post-enquête qualitative car apparaissant en doublon sur les deux groupes SL2 et SL3 (NumFA 433).
- 1 personne (SL2) a été écartée de la post-enquête qualitative car faisant partie des deux enquêtés que MP Guiho-Bailly avait rencontrés en janvier 2007 lors de la passation du questionnaire, en accompagnant en tant qu'observateur l'enquêtrice INSEE.
- 14 personnes (7 pour SL1, 4 pour SL2, 3 pour SL3) n'avaient pas de coordonnées téléphoniques connues, ni retrouvées malgré les recherches effectuées : pour des raisons de facilité d'organisation, il a été décidé de les exclure dans un premier temps de la démarche de prise de rendez-vous.
- 3 personnes (SL3) disposant de coordonnées téléphoniques connues lors de l'enquête par questionnaire se sont avérées « perdues de vue » en octobre-novembre 2007 (ligne téléphonique n'étant plus en service ; nouvelles coordonnées introuvables).
- 2 personnes (SL1, SL2) n'ont pu être contactées malgré des coordonnées téléphoniques fiables, par échec des tentatives répétées de prise de contact direct et absence de réponse aux messages laissés sur répondeur.
- 6 personnes ayant pu être contactées téléphoniquement ont refusé l'entretien (3 pour SL2, 3 pour SL3) : nous précisons ci-dessous les motifs de refus.

- 30 personnes contactées téléphoniquement ont accepté l'entretien, parmi lesquelles deux personnes (SL1, SL2) qui avaient changé d'adresse et de coordonnées téléphoniques mais ont pu être retrouvées par recherche internet.
- 2 personnes (SL1) n'ont pas été contactées pour fixer un rendez-vous car le quota convenu de trente personnes enquêtées était atteint.

Sélection	SL1	SL2	SL3
60 fiches adresses	20 FA	20 FA	20 FA
Absence Coordonnées téléphoniques	7	4	3
Exclus - doublon SL2 / SL3. - personne vue lors de l'interview INSEE	0	2	1
Perdus de vue	0	0	3
Non réponse	1	1	0
Refus	0	3	3
Non contactés (quota atteint)	2	0	0
Entretien accepté (dont déménagements mais retrouvés)	10 (1)	10 (1)	10

3. Données disponibles sur les non inclus

Lors de la réunion du 10/04/2008, le comité scientifique a souligné l'intérêt de disposer d'informations concernant les personnes non incluses dans la post-enquête qualitative.

a. Les données de la grille biographique concernant les non inclus

Certains commentaires peuvent être faits concernant les personnes qui n'ont pas été retenues dans la sélection finale, en exploitant les données de la grille biographique dont nous disposions avant l'enquête :

- **Les « perdus de vue »** appartiennent tous à la catégorie des personnes ayant déclaré au moins un lien entre un événement de santé et un événement de l'itinéraire professionnel (SL3) et les éléments d'information fournis avec la sélection font apparaître de nombreux problèmes de santé (COMP de 6 à 10).

- **La première personne** « perdue de vue » est une femme ayant 50 ans au moment de l'enquête INSEE, entrée sur le marché du travail dès la fin de sa scolarité initiale à 16 ans, avec une succession de périodes d'emplois courts, de chômage et d'inactivité de longue durée (deux périodes de 7 et 9 ans). Vivant en couple de 20 à 35 ans, elle a deux enfants et est en emploi long depuis 1996, mais en arrêt de travail depuis 2004. Elle a déclaré deux événements de vie marquants (naissance du premier enfant en 1976 et la rupture de couple en 1991) et 8 problèmes de santé dont 4 mis en lien avec le travail.

- **La deuxième personne** « perdue de vue » est un homme ayant 42 ans début 2007, vivant seul actuellement, ayant eu un enfant hors vie de couple à 29 ans, ayant eu son premier logement à l'âge de 30 ans. Il déclare être resté en inactivité pendant vingt-deux ans (de 1981 à 2003), puis avoir connu une période d'emplois courts de 2003 à 2005 avec un arrêt de travail de plus de six mois en 2005. Il est au chômage depuis cette date. Aucun événement de vie marquant n'est signalé. Sur le plan de la santé, sont déclarés 10 événements de santé, sont quatre mis en lien avec le travail (3 handicaps et 1 problème de santé).

- **La troisième personne** « perdue de vue » est une femme de 48 ans en 2006, vivant en couple, mère de trois enfants (le dernier âgé de six ans), en emploi long au moment de l'enquête et ce depuis 1990. À l'âge de 20 ans (époque de la fin de sa scolarité initiale), sa vie a été marquée par un accident ayant eu des conséquences sur l'itinéraire professionnel, suivi d'une inactivité de quatre ans, puis d'une période d'emplois courts jusqu'en 1989. Sur le plan de la santé, sont déclarés six événements de santé, dont deux sont mis en lien avec le travail (un accident et un problème).

On retrouve donc pour ces trois « perdus de vue » des histoires de vie marquées par de nombreux problèmes de santé, dont certains ont interféré avec le parcours professionnel, et pour les deux premières personnes, des parcours atypiques apparaissant marqués par la précarité ou la marginalité.

- **Les refus opposés à la demande d'entretien** émanent des six personnes ayant déclaré au moins un événement de santé, en lien ou non avec le travail (3 SL2 et 3 SL3) :

- **Parmi les personnes ayant déclaré un événement de santé mis en lien avec l'itinéraire professionnel (SL3)**, on retrouve les situations suivantes :

- Le premier refus concerne un homme âgé de 73 ans en 2006, marié depuis 1960, père de deux enfants, en retraite depuis 1993, percevant une pension d'invalidité depuis 1991 et dont l'épouse a fait obstacle à l'entretien et même à tout contact téléphonique direct avec lui, en indiquant « *qu'il ne fallait plus lui reparler de tout cela* ».

Son parcours professionnel est décrit en cinq périodes jusqu'à l'invalidité de 1991 :

- Une période initiale d'emplois courts de sept ans, au sortir de la scolarité initiale à l'âge de 14 ans.
- Une période d'emploi long d'une durée de vingt-six ans dans la même entreprise.
- Puis une rupture d'emploi à l'âge de 51 ans, avec une période d'emplois courts de 1984 à 1986, suivie d'un nouvel emploi long jusqu'à la mise en invalidité en 1991, sans arrêt de travail préalable.

Aucun événement de vie marquant la vie d'adulte n'est signalé.

Sur le plan de la santé, sont déclarés deux événements de santé dont un lien avec le travail (notion de silicose mentionnée sur la grille biographique).

- Le second refus concerne un homme de 68 ans en 2006, marié depuis 1964, père de trois enfants, en retraite depuis l'âge de 58 ans et dont l'épouse fera également obstacle à tout contact téléphonique direct et à l'entretien en soulignant « *qu'il fallait le laisser tranquille maintenant avec cela* ».

Le parcours professionnel apparaissant dans la grille biographique fait état de deux emplois longs successifs, le premier dès l'issue de la fin de la scolarité initiale en 1953 (et ayant duré 15 ans), le second s'enchaînant au premier jusqu'à la retraite en 1997.

Aucun événement de vie marquant n'est signalé. Sur le plan de la santé, nous avons notion de deux événements de santé mis en lien avec l'itinéraire professionnel.

Pour ces deux hommes, dont les épouses ont refusé en leur nom l'entretien dans une visée explicite de « protection », et en faisant référence à l'interview de l'enquête INSEE, **on peut faire l'hypothèse que la perspective de devoir évoquer une seconde fois en un an les interactions entre altération de la santé et l'histoire professionnelle est apparemment trop douloureuse.**

- Le troisième refus d'entretien dans la sélection SL3 émane d'une femme de 57 ans en 2006, mariée depuis 36 ans, mère d'un enfant, avec laquelle nous avons pu avoir un échange téléphonique lors de la demande de rendez-vous, une fois dépassée la réticence extrême du mari, opposé d'emblée à l'entretien. Cette femme a indiqué être en dépression depuis deux ans et avoir perdu son travail, le lien de causalité entre son état de santé actuel et son itinéraire professionnel étant mis en avant, ainsi que son incapacité actuelle à aborder une nouvelle fois cette question (« *trop douloureux d'y revenir* », « *trop près du questionnaire passé* »).

La grille biographique fait effectivement apparaître une situation d'arrêt maladie en cours depuis 2003, dans un contexte de chômage depuis 2001, après une période d'emploi long de quatorze années, qui succédait à une alternance de périodes d'emplois courts (deux), d'inactivité (une), d'emploi long (un), puis de chômage. Aucun événement marquant de la vie adulte n'est mentionné. Sur le plan de la santé, un seul problème est déclaré, mis en lien avec l'itinéraire professionnel.

Le motif de ce refus d'entretien, directement exprimé par l'intéressée, conforte l'hypothèse précédemment formulée sur l'impact émotionnel douloureux de l'évocation des liens santé – travail, comme raison probable de refus d'une deuxième interrogation sur le même thème, à un an de distance, pour ces personnes personnellement concernées par ces interactions santé – itinéraire professionnel.

Se sont trouvées ainsi exclues de la post-enquête des personnes pour lesquelles les liens entre santé et itinéraire étaient précisément intéressants à analyser.

- **S'agissant de la catégorie SL2**, deux refus émanent de personnes retraitées âgées et un refus nous a été opposé par un homme de 50 ans en activité au motif de son indisponibilité liée à son surmenage professionnel. L'examen des grilles biographiques de ces trois personnes apporte quelques compléments d'information :

- La première personne est une femme de 69 ans en 2006 veuve depuis 1996 après une vie de couple ayant duré 49 ans, retraitée depuis 1997. Le décès du mari en 1996 est signalé comme seul événement de vie marquant.

Le parcours professionnel est marqué par trois longues périodes successives d'emplois courts (à l'issue de la scolarité initiale), d'inactivité (pendant onze ans après la naissance du troisième enfant), puis d'un emploi long de 1974 à la retraite.

Sur le plan de la santé, ont été déclarés trois événements sans lien établi avec le travail.

Lors de l'échange téléphonique de demande d'entretien, cette femme s'est montrée d'emblée réticente, méfiante, indiquant ne plus se souvenir avoir donné son accord de principe pour la visite d'un chercheur, ne plus vouloir être dérangée à ce sujet, réfutant les arguments d'intérêt scientifique et contestant le caractère obligatoire de l'enquête SIP (« *comment feriez-vous si j'étais morte ?* »).

À aucun moment cette personne n'a mis en avant sa santé ou sa situation actuelle comme motif de refus, mais seulement son droit d'accepter ou non d'être incluse dans l'enquête.

- Le second refus émanait d'un homme de 69 ans en 2006 (Num FA 1034), marié, père de deux enfants, en retraite depuis 1996.

L'examen de la grille biographique fait apparaître une entrée dans la vie active difficile, avec périodes d'emplois courts jusqu'en 1964 (27 ans) et notion d'hébergement précaire (deux périodes) et de plusieurs déménagements successifs ayant eu des conséquences professionnelles (entre 1962 et 1974).

Le parcours paraît se stabiliser à partir de 1964, avec deux emplois longs se succédant. Le motif de refus invoqué était l'état de santé actuel, dégradé depuis l'interview INSEE, ne se sentant pas la force nécessaire pour un entretien de ce type (« *je ne suis pas disposé pour cela cette année* »), sans réticence exprimée sur le principe de l'enquête ni sur son thème.

Plusieurs événements ayant marqué la vie d'adulte sont mentionnés : une guerre en 1957 (avec un service militaire de 1957 à 1960) ; la naissance du premier enfant en 1961 ; un événement social ou politique en 1968 ; le décès d'un proche en 1993.

Le lien chronologique de ces événements avec le parcours professionnel n'apparaît pas clairement (en dehors de la période de participation au conflit armé 1957-1961).

- La troisième personne de la sélection SL2 ayant refusé l'entretien, non sur son principe ni sur son thème, mais en raison de la durée annoncée jugée incompatible avec sa surcharge et ses contraintes de travail, est un homme de 48 ans en 2006, vivant en couple, sans enfant, en emploi long depuis la fin de sa scolarité initiale à l'âge de 19 ans, ayant déménagé une fois pour raison professionnelle, et déclarant un événement de vie (non précisé) ayant marqué sa vie adulte en 1988. Sur le plan de la santé, quatre événements de santé ont été déclarés qui ne seront pas évoqués lors du contact téléphonique.

Les motifs de refus d'entretien émanant du groupe SL2 sont donc divers, sans lien établi avec le thème de l'enquête SIP et dans des contextes de situation de travail et d'état de santé actuel apparaissant différents.

Il faut cependant souligner qu'il s'agit des trois personnes sélectionnées en SL2 ayant déclaré le nombre le plus élevé d'événements de santé (3 pour le premier, 4 pour les deux autres).

Il faut enfin rappeler qu'aucun refus d'entretien n'émane des personnes contactées dans le groupe SL1, n'ayant déclaré aucun événement de santé.

• **Les deux personnes exclues car en doublon** en SL2 et SL3 **ou déjà vue lors de l'interview INSEE** étaient :

- **pour la première** : un homme né en 1965 vivant en couple, ayant eu trois enfants, ayant déclaré un accident mis en lien avec l'itinéraire professionnel, décrivant dans la grille biographique quatre périodes d'emplois dont deux emplois longs, et un dernier changement d'emploi en 2005. Aucun événement particulier n'est mentionné.
- **Pour la seconde** : une femme née en 1937, veuve depuis peu (2006), ayant eu un fils, décrivant un parcours professionnel enchaînant trois emplois longs jusqu'à sa retraite en 1998, avec une amélioration forte de ses conditions de vie en 1980 et ayant déclaré deux événements de santé sans lien établi avec le travail.

• **Les deux personnes n'ayant pas répondu aux messages téléphoniques laissés pour la prise de contact sont :**

- **un homme né en 1935 classé en SL2**, marié, père de quatre enfants, en retraite depuis 1995 après un emploi long d'une durée de trente six ans, ayant déclaré deux événements de vie ayant marqué l'itinéraire professionnel (amélioration des conditions de vie et décès d'un proche) et un événement de santé sans lien avec le travail.
- **un homme de 21 ans de la sélection SL1** en tout début de parcours professionnel, en emploi court, mais signalant avoir déjà vécu en quatre ans trois événements de vie ayant marqué son itinéraire professionnel (conflit ; amélioration de ses conditions de vie ; autre événement).

• **Les deux personnes non contactées pour prise de rendez-vous car le quota de trente enquêtés se trouvait déjà atteint**

Elles appartenaient toutes deux à la sélection SL1 :

- **un homme** de 29 ans, vivant en couple, en emploi long depuis la fin de sa scolarité initiale en 2000, sans autre élément notable déclaré.
- un homme de 35 ans, vivant en couple, ayant un enfant, en emploi long depuis son entrée dans le travail, contacté initialement mais ayant demandé en raison de son indisponibilité pour raisons professionnelles à être « *dans la mesure du possible* » dispensé de l'entretien qualitatif, sans s'y opposer cependant en cas de nécessité absolue (quota).

• **Les 14 personnes n'ayant pu être contactées en raison de l'absence de coordonnées téléphoniques accessibles** se répartissent en nombre égal entre personnes n'ayant déclaré aucun événement de santé (7) et personnes ayant déclaré au moins un événement de santé (7, dont 3 ayant établi un lien avec le travail).

- **Les trois personnes du groupe SL3** ont des profils différents :

- Pour l'un, un parcours professionnel linéaire d'emploi long, chez un homme de 69 ans en 2006, déclarant quatre événements de santé dont deux en lien avec le travail.
- Pour l'autre, un parcours marqué par le handicap, la longue maladie, l'invalidité, interrompant définitivement à 31 ans un emploi long, chez cette femme vivant en couple, mère de trois enfants et désormais en retraite.
- Pour le troisième, homme de 49 ans, vivant seul, sans enfant, un parcours chaotique d'alternance de périodes de chômage et d'emplois courts, associé à un état de santé altéré (13 événements de santé déclarés, dont 9 mis en lien avec l'itinéraire professionnel).

- **Parmi les onze autres personnes** sans coordonnées téléphoniques connues, **appartenant aux groupes SL2 et SL1** :

- Cinq avaient moins de 26 ans en 2006, étaient en fin de scolarité ou débutaient tout juste leur vie professionnelle,
- Trois, âgés de 33 à 40 ans, n'ayant déclaré aucun événement de santé, décrivent des parcours professionnels discontinus (emplois courts, périodes de chômage, congé parental,...)
- Les trois plus âgés (de 49 à 55 ans), étaient en emploi long depuis au moins treize ans (et pour l'un en retraite depuis 1 mois), déclarant pour deux d'entre eux 1 ou 2 événements de santé sans interaction avec l'itinéraire professionnel.

a. La répartition géographique des non inclus

(N.B. : personne en doublon mentionnée une seule fois en SL3)

Département	SL1	SL2	SL3
44 8	5	-	3
49 9	4	2	3
53 5	1	3	1
72 4	-	3	1
85 3	-	1	2

b. La répartition par sexe et année de naissance des non inclus

(N.B. : personne en doublon mentionnée une seule fois en SL3)

	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89
SL1 H	-	-	-	-	3	3
SL1 F	-	-	1	1	1	1
SL2 H	1	-	3	1	-	1
SL2 F	2	-	-	-	-	1
SL3 H	3	-	1	2	-	-
SL3 F	1	1	2	-	-	-

c. La situation professionnelle des non inclus

(N.B. : personne en doublon classé en SL3)

situation (2006)	SL1	SL2	SL3
Scolarité initiale	1	-	-
Emploi long	5	2	1
Emplois courts	3	2	1
Chômage	-	-	2
Inactivité	1	-	-
Retraite	-	5	4
Arrêt maladie de plus de six mois	-	-	2
Invalidité	-	-	-

4 - Caractéristiques des trente personnes retenues pour les entretiens qualitatifs

a. En termes de répartition géographique

Département		SL1	SL2	SL3
44	7	3	3	1
49	13	3	4	6
53	4	1	2	1
72	1	1	0	0
85	5	2	1	2

La sélection totale effectuée pour le LEEST comportait, sur 60 fiches - adresses,

- 15 personnes domiciliées en 44 (Loire-Atlantique)
- 23 en 49 (Maine et Loire) – dont le doublon –
- 9 en 53 (Mayenne)
- 5 en 72 (Sarthe)
- 8 en 85 (Vendée)

b. En termes de sexe et d'année de naissance

	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	1980-89
SL1 H 5	1	1	0	3	0	0
SL1 F 5	0	0	2	2	0	1
SL2 H 6	2	2	1	0	1	0
SL2 F 4	0	0	2	1	0	1
SL3 H 5	0	2	2	1	0	0
SL3 F 5	0	0	2	1	2	0

La post- enquête qualitative a concerné 16 hommes et 14 femmes, les plus âgés (nés avant 1939) étant des hommes et les plus jeunes (nées après 1980) étant des femmes.

c. En termes de situation professionnelle au moment de l'interview INSEE (2006)

situation 2006	SL1	SL2	SL3
Scolarité initiale	0	0	0
Emploi long	7	4	5
Emplois courts	2	3	1
Chômage	0	1	1
Inactivité	0	0	0
Retraite	1	2	2
Arrêt maladie de plus de six mois	0	0	1
Invalidité	0	0	0*

* La personne SL3 en chômage était également en pension d'invalidité première catégorie.

Sept personnes sur les dix incluses dans SL1 relèvent de la situation actuelle « d'emploi long ». Il faut cependant signaler une situation en réalité précaire (RMI - micro entreprise).

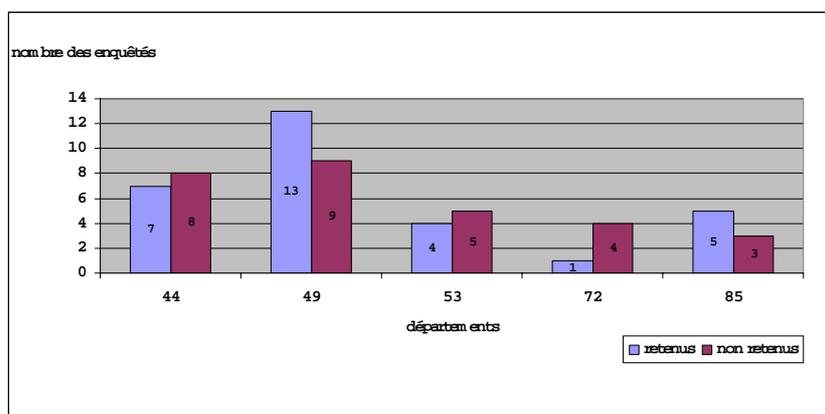
Les situations actuelles des personnes ayant accepté l'entretien dans les catégories SL2 et SL3 sont en revanche beaucoup plus diversifiées en terme de santé et de rupture d'activité professionnelle (retraite, chômage, emplois courts, arrêt maladie, invalidité).

Les changements de situation intervenus courant 2007, entre l'enquête par questionnaire et la post-enquête qualitative, concernent :

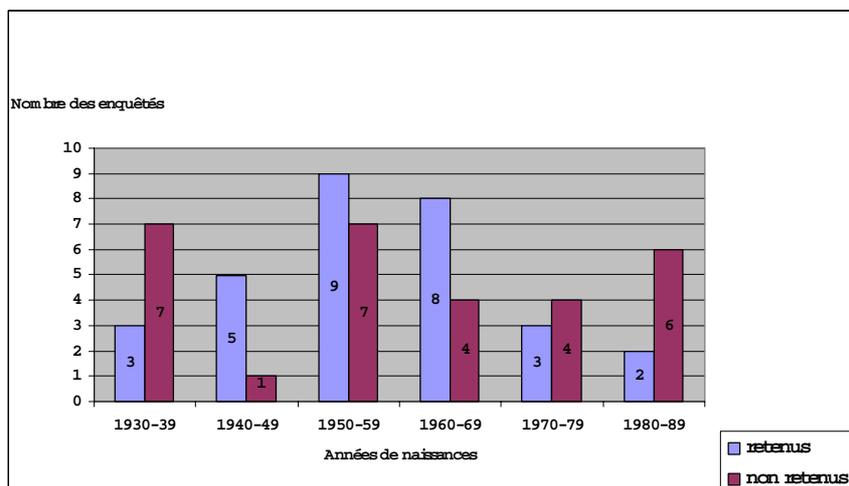
- deux cessations d'activité par départ en retraite (SL2)
- un arrêt maladie précédant un congé de maternité (SL2)
- un arrêt maladie de courte durée pour maladie professionnelle TMS (SL3)

5 - Biais de sélection

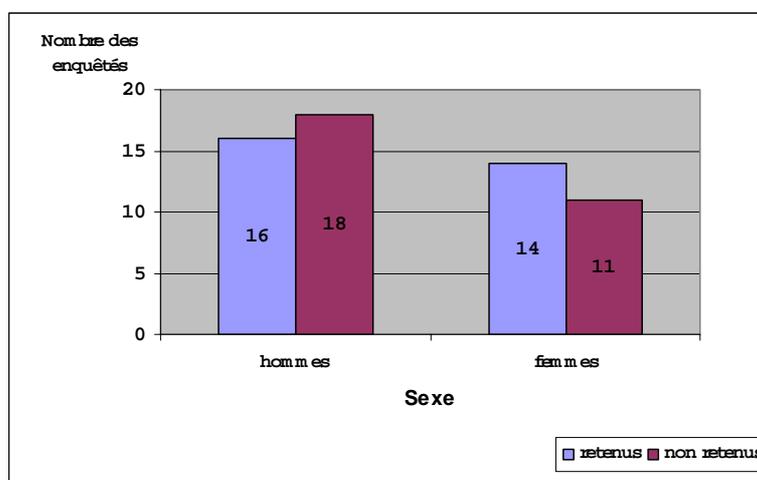
a. Comparaison de l'origine géographique des retenus et des non retenus (SL1, SL2, SL3).



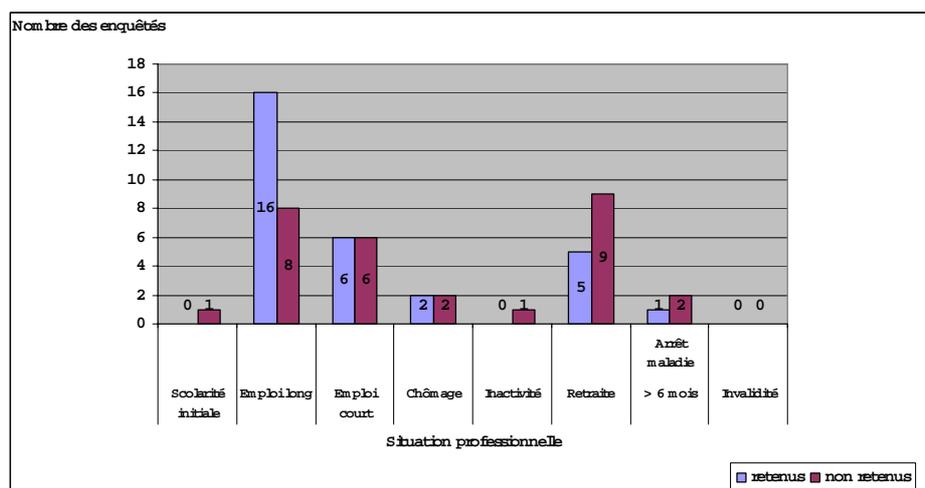
b. Comparaison des années de naissance des retenus et des non retenus (SL1, SL2 et SL3).



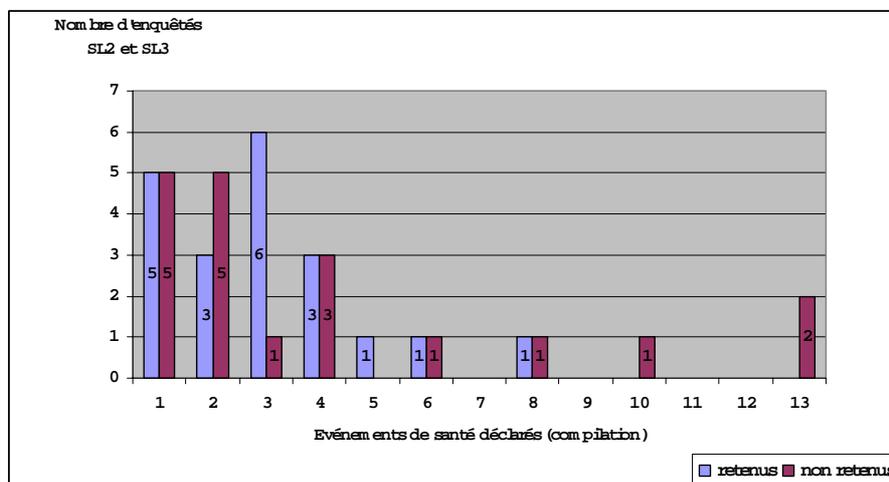
c. Comparaison par sexe des retenus et des non retenus (SL1, SL2 et SL3).



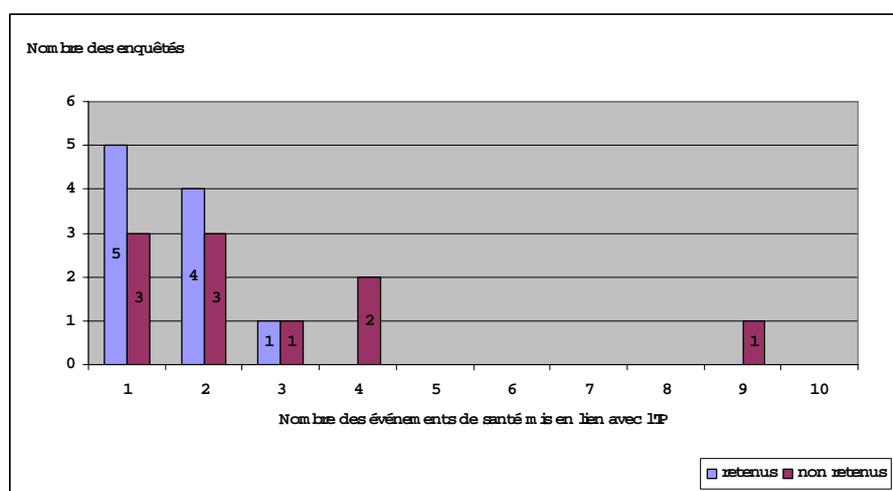
d. Comparaison des situations professionnelles des retenus et des non retenus (SL1, SL2 et SL3).



e. Comparaison du nombre d'événements de santé déclarés pour les retenus et les non retenus (SL2 et SL3).



f. Comparaison du nombre d'événements de santé déclarés en lien avec l'IP pour les retenus et les non retenus (SL3).



Il faut souligner les ressemblances et les différences qui apparaissent entre les trente personnes retenues pour la post-enquête et les vingt-neuf non incluses.

La répartition géographique est comparable, avec une sur-représentation des personnes domiciliées en Maine et Loire et Loire – Atlantique.

La répartition par genre est également comparable, avec légèrement plus d'hommes que de femmes.

En revanche, on observe des différences sensibles en terme d'âge : dans le groupe des personnes non incluses dans la post-enquête, on trouve un plus grand nombre de personnes âgées (nées avant 1940) mais aussi de jeunes (nés après 1979).

Parmi les non inclus, se trouvent également les personnes qui ont déclaré le plus grand nombre d'événements de santé et pour trois d'entre elles de nombreux événements de santé mis en lien avec l'itinéraire professionnel.

Sur le plan de la situation d'emploi, on note aussi des écarts importants entre les deux groupes : deux fois plus d'emplois longs dans les personnes ayant pu être facilement contactées, ayant accepté l'entretien et donc incluses dans la post-enquête et, en revanche, deux fois plus de retraités dans les non-inclus.

Il faut enfin rappeler que six personnes parmi les non incluses ont catégoriquement refusé l'entretien, malgré l'accord de principe donné un an auparavant.

Les profils des parcours professionnels, des états de santé et des liens santé - travail apparaissent donc de prime abord assez contrastés entre ceux qui ont finalement participé à la post-enquête et les « non retenus », avec des indices allant dans le sens de l'exclusion de personnes âgées ayant de nombreux problèmes de santé dont certains mis en lien avec l'itinéraire mais aussi de jeunes « injoignables », en début de parcours professionnel, et d'adultes à la grille biographique chaotique.

Les personnes retenues au final pour la post-enquête sont majoritairement âgées de 37 ans à 66 ans, avec un état de santé compatible avec une activité professionnelle, en situation d'emploi, dont plus de la moitié en emploi long.

Il faut par ailleurs rappeler que les personnes incluses dans la post-enquête ont accepté à trois reprises de participer à l'enquête SIP :

- en acceptant l'interview INSEE,
- en donnant leur accord de principe pour un second entretien approfondi, à la fin de l'interview INSEE,

- en acceptant effectivement un an plus tard cet entretien, et pour certains en faisant part dès la prise de rendez-vous de leur intérêt pour le thème de la recherche.

Donc, en majorité, les personnes ayant participé à la post-enquête qualitative se situent d'emblée comme étant plutôt en suffisamment bonne santé pour être au travail, dans une tranche d'âge favorable du point de vue de l'emploi, et comme acceptant volontiers d'évoquer leur itinéraire professionnel et ses liens avec leur santé.

Ce biais de sélection doit bien évidemment être pris en compte dans l'interprétation des données des entretiens réalisés, en particulier concernant le regard porté sur l'itinéraire professionnel et le rapport subjectif au travail et à sa place dans la construction de la santé.

6. Respect du cadre de l'entretien

Il n'y a eu, comme prévu, pour chaque enquêté qu'un seul entretien individuel, d'une durée de deux heures (sauf exceptions dont nous préciserons le motif).

L'accueil et la coopération ont été tout à fait positifs, au-delà de rares réticences initiales rapidement surmontées (manifestées à trois reprises).

a. cadre individuel de l'entretien

En dehors de trois situations particulières sur lesquelles nous reviendrons, après parfois des questions posées sur le sens de cette exigence, les personnes enquêtées avaient pris leurs dispositions pour assurer un cadre confidentiel de rencontre (pièce isolée, heure de visite correspondant à l'absence des autres membres de la famille, départ volontaire du conjoint à notre arrivée). Il faut rappeler que lors de l'interview INSEE, la présence de tiers était autorisée.

Dans trois circonstances cependant, les chercheurs ont été confrontés à des difficultés pour faire respecter le caractère individuel de la rencontre :

- dans deux situations, en raison de l'incompréhension voire de l'hostilité manifestée par l'épouse de la personne enquêtée à se sentir évincée, réaction se traduisant par un retard à quitter la pièce ou par des intrusions, nécessitant un rappel du cadre ;

- dans une autre situation, en raison de la précarité sociale de la famille, vivant dans deux pièces avec un enfant en bas âge dormant dans l'unique chambre et le conjoint présent dans l'unique pièce de vie lui servant également de bureau. Dans cette circonstance, il n'a pas été considéré possible par les enquêteurs d'exiger le départ du conjoint, en train de travailler au fond de la pièce commune et s'étant engagé à ne pas intervenir dans le cours de l'entretien.

Il faut toutefois noter que dans ces situations comme dans d'autres rares cas de traversée pourtant discrète du lieu de l'entretien par des tiers, les enquêteurs ont ressenti des changements perceptibles de l'attitude de la personne enquêtée, dans le sens d'une attention portée à la réaction du tiers aux propos tenus, ou d'une rupture de ton, d'une banalisation du discours, d'une répression des émotions.

Les chercheurs ont mesuré l'importance du cadre individuel de l'entretien comme condition de confidentialité facilitant la qualité de l'échange.

Par ailleurs, le fait d'être médecins et annoncés comme tels nous semble avoir facilité l'expression de certains problèmes de santé (« *je peux vous parler de cela puisque vous êtes médecins* » ; « *en tant que médecins, vous allez comprendre* »,...) et leur « validation » - en tant que symptômes ou pathologies caractérisées - aux yeux de l'enquêté manifestement attentif à nos réactions à leur description.

Le fait de *ne pas être*, en revanche, dans une situation de consultation médicale – et tout particulièrement de consultation de pathologie professionnelle ou de visite de médecine du travail – mais bien dans une posture clairement annoncée de chercheurs, et donc dans une rencontre sans enjeux décisionnels d'aucune sorte pour l'enquêté (en terme d'avis d'aptitude, d'arrêt maladie, de prescription de soins, de demande de reconnaissance de pathologie professionnelle,...) nous semble, en comparaison avec notre expérience de praticiens, avoir levé des réticences et évité des occultations ou des biais d'instrumentalisation, en permettant l'abord des événements de santé et de travail au plus « vrai » du vécu subjectif des intéressés.

L'intérêt de pouvoir participer ainsi, à titre anonyme, à la production de connaissances dans une visée d'utilité sociale en terme de santé publique a été exprimé clairement par plusieurs enquêtés (« *si cela peut changer quelque chose....* »).

L'annonce faite par le ministère, dans son courrier d'introduction à l'enquête qualitative, d'un retour d'information sur les premiers résultats de l'enquête statistique a été rappelée en fin d'entretien et unanimement appréciée. Au moment de l'entretien, seuls deux des enquêtés, vus parmi les derniers, avaient déjà reçu ce document portant sur les toutes premières exploitations et nous n'avons pas perçu d'influence de ces informations sur le récit recueilli.

D'une façon plus personnelle, plusieurs enquêtés ont exprimé leur satisfaction à l'issue de l'entretien, vécu comme « *rare occasion* » d'une mise en perspective, d'un travail d'intelligibilité, voire d'une validation de leur itinéraire professionnel et de l'histoire de leur santé.

b. Durée de l'entretien

La durée initialement prévue de deux heures d'entretien a été respectée dans 23 entretiens sur les 30 réalisés. Cette durée a été après coup évaluée par les enquêteurs et par les enquêtés comme nécessaire et suffisante.

Dans quatre cas, la durée a été inférieure à deux heures :

- une fois, pour permettre la faisabilité de l'entretien, à la demande de l'intéressé qui ne pouvait y consacrer qu'une heure et demie pour des raisons de contraintes extérieures ;
- une fois par décision des enquêteurs d'abrèger (1h 40) l'entretien chez une jeune femme de santé fragile dont la fatigabilité était manifeste ;
- deux fois par absence de nécessité d'aller au-delà du temps écoulé (1h 30 et 1h 45) une fois les objectifs de l'entretien atteints.

Dans trois cas, la durée de l'entretien a dépassé deux heures :

- deux fois en raison de la complexité de l'itinéraire professionnel et de ses articulations avec les événements de santé (2h 15 et 2h30) ;
- une fois en raison de l'abord en fin d'entretien de problèmes d'impact de la situation de travail sur les choix de vie, s'accompagnant chez l'enquêtée d'une forte charge émotionnelle et de la décision prise par les chercheurs de ne pas partir sans avoir pris le temps nécessaire à une reprise permettant de clore l'entretien dans des conditions techniquement et déontologiquement satisfaisantes (2h 30).

7. *Rédaction des monographies*

Chaque entretien a été immédiatement suivi pour les deux chercheurs d'un temps de mise en commun et de vérification des notes prises, d'un échange sur le contenu du discours et sur le sens des émotions exprimées par les enquêtés et de celles ressenties par les chercheurs à tel ou tel moment de l'échange.

Ont été notées immédiatement les premières questions soulevées concernant les déterminants de l'itinéraire professionnel, les enjeux des arbitrages lors des changements survenus à l'initiative des intéressés, les liens santé – travail établis spontanément par l'enquêté mais aussi apparaissant probables ou possibles en fonction des connaissances scientifiques actuelles en terme de risques professionnels, les éléments en faveur d'une éventuelle posture de déni de perception des risques et des problèmes de santé.

Des thèmes de recherche bibliographique ont été retenus en fonctions des données principales de l'entretien et des questions soulevées.

La rédaction des monographies a été effectuée avec validation des deux chercheurs ayant participé à l'entretien.

IV - Méthode de rapprochement des monographies et des réponses au questionnaire SIP

Nous avons fait initialement le choix de comparer les données des entretiens qualitatifs non pas aux réponses détaillées à chaque question de l'enquête SIP, mais, comme proposé par le comité scientifique, à des fiches synthèses élaborées par la DARES et la DREES sur les parcours professionnels et de santé de chaque enquêté.

Ce travail de comparaison s'est fait en trois temps :

1- Une première confrontation, orale, lors d'une rencontre entre des représentants du LEEST, de la DARES et de la DREES.

2- Puis, un travail approfondi d'analyse comparative des données obtenues par ces deux méthodes (quantitative et qualitative), effectué par le collectif d'enquête de terrain du LEEST :

- Tout d'abord, pour chaque enquêté,
- Ensuite, en abordant de façon transversale les trente situations explorées.

3- Enfin, compte tenu des discordances observées, à partir de données complémentaires communiquées à notre demande par la DARES et la DREES, portant sur les réponses précises des trente enquêtés à un certain nombre de questions de l'enquête SIP.

IV a- La séance de confrontation orale du 31/03/08 à la DARES

Cette rencontre a eu lieu à la DARES le 31 mars 2008 de 10 h 30 à 17 h, réunissant deux membres de l'équipe de recherche LEEST (Marie-Pierre GUIHO-BAILLY et Denise PARENT), deux représentants de la DARES (Thomas COUTROT et Corinne ROUXEL) et deux représentants de la DREES (Catherine MERMILLIOD et Marlène BAHU).

L'objectif était la mise en commun et la discussion des observations, à l'issue d'une présentation synthétique pour chacun des trente enquêtés, tout d'abord des données du questionnaire SIP, puis des entretiens qualitatifs. Cette confrontation devait permettre une première appréciation des convergences et divergences en matière de reconstruction du parcours professionnel, de relevé des problèmes de santé et des interactions entre santé et itinéraire professionnel.

La monographie exposée dans le rapport intermédiaire avait déjà mis en évidence, pour la DARES et la DREES, que le critère retenu pour constituer les trois sélections de l'échantillon initial (SL1 : personne n'ayant déclaré aucun événement de santé ; SL2 : personne ayant déclaré au moins un événement de santé mais sans établir de lien avec le travail ; SL3 : personne ayant établi explicitement au moins un lien entre un événement de santé et un événement de l'itinéraire professionnel), ne permettait pas un tri pertinent, étant insuffisant à assurer le repérage de l'ensemble des problèmes de santé déclarés.

La rédaction des fiches synthèses par la DARES et la DREES avait donc tenu compte de cette toute première observation en élargissant à d'autres questions SIP l'exploration des données concernant la santé et les liens éventuels avec le parcours professionnel.

Les fiches synthèses ont été construites par la DARES et la DREES selon le modèle suivant :

- Âge, sexe, situation de famille, événements marquants dans l'enfance.
- Parcours professionnel, grandes étapes, conditions de travail et problèmes de santé.
- Sentiment de maîtrise et satisfaction de l'itinéraire.
- Brève synthèse récapitulative.

La présentation des monographies cliniques rédigées par le LEEST avait pour trame le plan suivant :

- Sélection SL1, SL2 ou SL3.
- Validation de la grille biographique.
- Situation familiale actuelle.
- Situation professionnelle actuelle.
- Santé actuelle.
- Événements marquants dans l'enfance
- Événements et problèmes de santé évoqués au cours de l'entretien.
- Parcours professionnel et motifs de changements.
- Auto-évaluation du mode de fonctionnement psychique.
- Définition de la santé.
- Place évaluée du travail dans la santé.

La mise en commun des observations et la discussion ont fait apparaître, dès cette étape de cette confrontation orale, les points suivants :

- Une probable sous déclaration, dans le déroulé biographique, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques.
- Deux limites probables dans la description du parcours professionnel, compte tenu des choix opérés dans le découpage :

- o La perte d'information sur les fins d'emplois courts, sauf pour la dernière.
- o La perte d'information sur les emplois exercés en cours de scolarité.

- Des erreurs de déclaration dans la réponse à la question 17.
- L'effet à prendre en compte de la qualité de médecins des chercheurs dans l'entretien qualitatif, connue de l'enquêté, et ayant pu avoir un impact en facilitant l'évocation des problèmes de santé.

Les conclusions de cette réunion de confrontation ont été intégrées à la présentation du rapport intermédiaire faite au comité scientifique de l'enquête SIP, à la DREES, le 10 avril 2008.

La version écrite de la totalité des fiches synthèses a été transmise au LEEST le 6 Mai 2008.

IV b- Axes d'interrogations du LEEST dans le travail approfondi de comparaison entre monographies et fiches synthèses

À partir des premiers éléments comparatifs issus de la séance de confrontation orale du 31/03/08, l'équipe de recherche a poursuivi un travail d'élaboration collective de comparaison des données quantitatives et qualitatives, en se donnant la grille de lecture suivante :

**QUESTIONS PORTANT SUR LA COMPARAISON
ENTRE FICHE SYNTHESE ET DONNÉES DE L'ENTRETIEN**

- 1- Existe-t-il un écart ?
- 2- Sur quoi portent les écarts constatés ?
- 3- Y-a-t-il eu un changement de situation professionnelle courant 2007 (entre l'enquête et l'entretien) ?
Si oui, lequel ?
- A-t-il pu influencer le regard porté un an après l'enquête :
 - Sur l'itinéraire professionnel ou la santé ?
 - Sur l'existence d'un lien entre santé et itinéraire professionnel ?
- 4- Y-a-t-il eu survenue d'un événement de santé courant 2007 (entre l'enquête et l'entretien) ?
Si oui, lequel ?
- A-t-il pu influencer le regard porté un an après l'enquête :
 - Sur l'itinéraire professionnel ou la santé ?
 - Sur l'existence d'un lien entre santé et itinéraire professionnel ?
- 5- Peut-on repérer un lien entre la satisfaction exprimée vis-à-vis de l'itinéraire professionnel ou vis-à-vis de la situation professionnelle actuelle et une sous ou une sur déclaration des problèmes de santé ou de leur lien avec le travail ?
- 6- Repère-t-on une différence entre hommes et femmes quant :
 - aux déclarations concernant les problèmes de santé ?
 - aux déclarations concernant leur lien avec le travail ?
 - à la satisfaction exprimée vis-à-vis de l'itinéraire professionnel ?
 - au rapport subjectif à la situation professionnelle actuelle ?
 - à la place du travail ?
- 7- Repère-t-on une différence selon l'âge, pour les mêmes questions ?
- 8- Repère-t-on une sous déclaration des problèmes de santé quand ils sont perçus comme « normaux » parce qu'inhérents « aux risques du métier », (avec en revanche déclaration des problèmes de santé mis en lien avec des éléments de la situation de travail jugés « anormaux » par rapport aux contraintes habituelles du métier) ?
- 9- Repère-t-on des écarts de déclaration liés à des définitions différentes de la santé ?
- 10- Noter, dans les itinéraires professionnels, les motifs de refus, de renoncement à accepter un poste proposé ou possible.
- 11- Noter, dans les itinéraires professionnels, les motifs d'impossibilité, d'empêchement à suivre l'itinéraire professionnel souhaité.
- 12- Noter le poids respectif du statut de la santé, de la vie privée, de la personnalité, sur l'itinéraire professionnel.
- 13- Noter le poids de l'itinéraire professionnel (choisi ou subi) sur la santé, la vie privée, le statut, le fonctionnement psychique.
- 14- Y- a -t-il un écart de déclaration des problèmes de santé :
 - selon qu'ils soient actuels ou passés ?
 - selon qu'ils sont en lien avec une situation professionnelle présente ou passée ?
- 15- Autres questions émergeant du travail de comparaison de monographie et de fiches synthèses :

À l'issue de ce travail de comparaison, une **recherche bibliographique** a été effectuée, d'une part, sur des questions spécifiques à chaque enquêté (concernant les contraintes des métiers exercés, les risques professionnels scientifiquement reconnus, les problèmes de santé évoqués), d'autre part, sur des thèmes transversaux émergeant (l'entrée dans le travail des jeunes ; le travail à temps partiel ; la cessation d'activité des salariés âgés ; les « trappes d'inactivité » ; les créations d'entreprise ; la formation dans le parcours professionnel ; les différents types de mobilité ; la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles et accidents du travail ; l'effet mémoire dans les récits biographiques et les enquêtes statistiques rétrospectives ; l'effet genre dans la perception et la déclaration des problèmes de santé ; l'effet âge, époque et génération dans la perception du travail et de la santé ; l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ; les liens entre stress professionnel et pathologies somatiques ; les liens entre santé et rapport subjectif au travail dans le champ de la psychodynamique du travail.

Nous n'appellerons pas dans le corps du texte de ce rapport chaque référence bibliographique consultée à tel ou tel moment du travail d'élaboration de la post-enquête, dans l'examen des données individuelles ou lors de la réflexion sur les thèmes transversaux. L'ensemble des articles et ouvrages de référence ayant nourri notre réflexion et permis les vérifications souhaitées figurent en fin de rapport dans la bibliographie.

IV c- Complément d'information demandé à la DARES et la DREES sur les réponses précises des enquêtés à certaines questions de l'enquête SIP

Dans un troisième temps, au vu des écarts repérés entre fiches synthèses et monographies, il nous a semblé souhaitable de demander à la DARES et à la DREES un complément d'information sur les réponses précises données par les trente personnes enquêtées à certaines questions portant sur l'auto-évaluation de leur santé actuelle et passée et de leurs conditions de travail actuelles.

Cette démarche n'était pas initialement prévue dans notre méthodologie de recherche mais nous a paru pouvoir éclairer, sur certains points, les différences constatées entre les deux approches et permettre d'affiner les hypothèses pouvant rendre compte de ces écarts.

La DARES et la DREES nous ont donc communiqué le détail des réponses aux questions suivantes :

- Sur la présence ou non d'un tiers lors de l'interview INSEE
 - *Questions S132 et S133*

- Sur la partie santé :
 - *Question S1* : Comment est votre état de santé général ?
 - *Question S2* : Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ?
 - *Question S3* : Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ?
 - *Questions S55 à S63* : sur la caractérisation détaillée de certains problèmes de santé (maladies codées selon la carte 16 et symptômes, de leurs conséquences, et du lien éventuel établi avec l'itinéraire professionnel.
 - *Questions S79 à S87* : sur la caractérisation détaillée de certains accidents, de leurs conséquences et du lien éventuel établi avec l'itinéraire professionnel.
 - *Questions S91, S92, S96, S98* : sur la caractérisation des handicaps déclarés, de leurs conséquences et du lien éventuel établi avec l'itinéraire professionnel.
 - *Questions S103 à S114* : correspondant au questionnaire de santé mentale (Mini International Neuro-psychiatric Interview (MINI)) pour les axes état dépressif et troubles anxieux.
 - *Questions S115 à S131* : sur la caractérisation des gênes fonctionnelles, troubles du sommeil, douleurs éprouvés dans la vie quotidienne.
 - *Questions Q1 à Q13 de l'auto-questionnaire* sur la consommation d'alcool et de tabac.

- Sur la partie itinéraire professionnel :
 - *Question EA113* : sur les conditions de travail de l'emploi actuel ou le dernier emploi.
 - *Question EA114 C* : sur ce qui a le plus marqué dans cet emploi (actuel ou récent) en négatif ou en positif.
 - *Question Z134* : sur la place au travail dans la vie.
 - *Question Z135* : sur le sentiment de maîtrise et de satisfaction concernant l'itinéraire professionnel.
 - *Questions E 63 et E 63b* sur l'exercice parallèle d'autres activités professionnelles (pour certains enquêtés).

- Sur la partie vie sociale :
 - *Question Z138* : sur les activités exercées régulièrement.

L'approche individuelle _ les trente monographies, suivies de leur fiche synthèse puis, pour chaque enquêté, de l'étude comparative des données de l'entretien qualitatif et des données issues du questionnaire SIP_ est présentée dans le tome 2 du Dossier.

L'étape d'approche transversale, reprenant les principaux écarts constatés entre approche quantitative et approche qualitative, le sens des différentes dynamiques d'itinéraire professionnel et des liens éventuels avec la santé tel qu'il peut se dessiner à partir de l'approche compréhensive du rapport subjectif au travail, et enfin les hypothèses formulées pour rendre compte des écarts constatés est développée ci-après.

V - Analyse comparative transversale des données des entretiens et des réponses au questionnaire SIP

Lors de la comparaison de chaque monographie avec sa fiche synthèse, nous avons pris le parti de relever toute divergence même minime, peu fréquente ou sans incidence sur le sens global du parcours professionnel et des liens entre santé, travail et itinéraire.

Il nous faut ici mettre en perspective l'ensemble des trente situations analysées pour repérer si certains types d'écarts se retrouvent transversalement et peuvent constituer des biais systématiques à prendre en compte dans l'interprétation des résultats de l'enquête SIP.

Pour ce faire, nous suivrons le plan du questionnaire SIP qui nous a également guidé dans le travail de comparaison pour chaque situation individuelle.

V a- L'enfance

Nous examinerons en premier lieu, pour tenter d'en approcher le sens, les discordances constatées entre données de l'entretien et réponses au questionnaire, en rappelant que les options méthodologiques de SIP :

- ont situé tout au début de l'entretien l'interrogation sur l'enfance ;
- sans y revenir ultérieurement dans le cours de l'enquête ;
- en axant l'interrogation sur l'identité, la nationalité, la langue de la personne ayant élevé l'enquêté ; sur la survenue éventuelle d'événements marquants, le niveau atteint en fin d'études initial et le motif d'arrêt des études.

Nous évoquerons ensuite des informations sur l'enfance issues de l'entretien mais qui ne sont pas explorées dans SIP, relatives à la construction dans l'enfance du rapport au travail et de l'orientation professionnelle initiale, en lien avec ce qui a pu être ressenti ou transmis dans le milieu familial de la place du travail dans la vie, du jugement sur l'itinéraire professionnel des proches, des altérations éventuelles de leur santé du fait de leur travail.

Nous aborderons enfin, pour ce qu'elles peuvent éclairer du sens du trajet professionnel ultérieur, les situations de mise au travail précoce de certains enquêtés avant la fin de leurs études initiales.

1 - Questionnaire et entretien : hypothèses sur les quelques discordances observées

L'existence de discordances entre les données de l'entretien et les réponses au questionnaire mentionnées dans la fiche synthèse concernent dix personnes (quatre classées en SL1, quatre dans la sélection SL2 et deux appartenant au groupe SL3). On note que certaines déclarations faites dans SIP ne sont pas retrouvées lors de l'entretien, mais l'inverse a été également constaté.

Les écarts repérés concernent :

- les événements marquants pendant l'enfance ;
- les motifs d'arrêt des études initiales.

a) Les événements marquants

Dans trois des cas (Madame G1, Monsieur C2 et Mademoiselle B3), le décès d'un proche déclaré lors de l'interview INSEE comme événement marquant est soit omis lors de l'entretien soit signalé comme n'ayant pas eu d'impact particulier (Monsieur C2).

On peut supposer que la lecture d'une liste close de situations lors de la passation du questionnaire (12 items de la question F24) a facilité pour certains enquêtés le rappel d'un événement qui, pour avoir été important dans la vie d'un enfant, n'a néanmoins pas laissé de traces psychiques ni eu de conséquences particulières et donc n'apparaît pas spontanément dans le discours lors de l'entretien (contrairement par exemple, à la situation de

Monsieur B2 qui déclarera dans SIP le décès de sa grand-mère comme un « handicap » et l'évoquera dans l'entretien avec émotion comme une perte irréparable).

Cette hypothèse est cependant beaucoup plus discutable dans les deux cas suivants *d'affirmations* lors de l'entretien qu'*aucun problème* particulier n'avait marqué une enfance « normale » (Monsieur C2 et Monsieur H2), là où dans les réponses au questionnaire, sont déclarés, pour l'un, des conditions matérielles de vie éprouvantes, pour l'autre des conflits ou des violences subies.

Il nous semble pour ces deux hommes, que « l'omission » de ces événements de l'enfance lors de la post-enquête relève plus d'une défense psychique, cohérente avec la tonalité générale de ces deux entretiens, où la fierté première est d'avoir « tenu bon » face aux épreuves de la vie d'adulte : laisser resurgir la souffrance et la vulnérabilité infantiles est tout autre chose. Si un « oui », sans suite, à une question d'enquête statistique peut être un compromis acceptable entre contenu des souvenirs et affects, se risquer à aborder cette partie de son histoire lors de l'entretien qualitatif pourrait bien ouvrir une brèche dangereuse.

D'autres écarts constatés concernent les événements de santé infantiles et la définition de « longue maladie » ou de « handicap » ayant marqué l'enfance.

- Ainsi, ni Monsieur C1, ni Madame E1 n'ont déclaré dans SIP avoir souffert de « longue maladie », là où Monsieur C1 a passé des années en hôpital psychiatrique pour enfants (se trouvant ainsi par ailleurs séparé de sa mère qui l'élevait seule) et où Madame E1 (qui cependant a bien déclaré les mauvais traitements subis) a présenté à partir de onze ans des troubles psychiques sévères et « handicapants », précisés pendant l'entretien.

Nous n'avons pas senti ici de réticence à évoquer ces souvenirs douloureux de l'enfance, mais, pour Monsieur C1 une incapacité à préciser les motifs de cette longue hospitalisation (à ce jour, il dit ne toujours pas savoir ce qu'il a eu comme maladie) et pour Madame E1, le poids de l'occultation du sens de ses troubles psychiques jusqu'à ses 18 ans (époque du diagnostic et du début des soins et donc de l'entrée officielle en « maladie »).

Nous pouvons formuler l'hypothèse que l'entretien permet d'aborder ces problèmes de santé mentale sans exigence d'avoir à les « qualifier » en tant que maladie caractérisée ou handicap, là où le protocole du questionnaire oblige à se prononcer sur leur nature.

- À l'inverse, Madame F3 et Monsieur B2 ont déclaré dans SIP avoir eu son enfance marquée par un handicap ou/et une longue maladie, là où l'entretien met en discussion cette appréciation.

Madame F3, qui déclare dans SIP une longue maladie et un handicap, évoquera seulement l'accident de trajet de travail survenu à l'âge de 17 ans (mentionné dans SIP comme ayant interrompu l'apprentissage), ayant certes laissé certaines séquelles (sans reconnaissance MDPH ultérieure), mais n'ayant entraîné qu'une hospitalisation d'un mois, avec possibilité de reprise de l'emploi antérieurement occupé. Cependant, l'entretien a mis en évidence la trace psychique de cet événement, sur lequel Madame F3 revient souvent.

Monsieur B2, quant à lui, qualifie de « handicap » une intervention chirurgicale pour hernie inguinale à l'âge de 13 ans, effectivement mentionnée dans l'entretien, mais sans que l'on puisse en repérer de séquelles ni de conséquences « handicapantes » : nous sommes confrontés ici à l'impact psychique d'événements subjectivement vécus comme ayant « pesé » à cette époque de la vie, sans entrer pour autant dans les critères de caractérisation officielle.

b) Les motifs d'arrêt des études

Un autre type d'écart a été noté concernant le motif d'arrêt d'études initiales pour deux enquêtées, Madame H1 et Madame G2, ayant toutes deux exprimé lors de l'entretien leur regret de n'avoir pas poursuivi leur scolarité.

- Madame H1 a déclaré dans SIP l'arrêt de sa scolarité à 16 ans comme lié à la nécessité d'aider financièrement sa famille, là où lors de l'entretien, elle a évoqué plutôt l'absence d'investissement personnel et familial pour la poursuite des études « *qui n'étaient pas trop son truc* »... et a critiqué rétrospectivement cette décision, regret réactivé récemment dans un contexte d'accentuation du stress professionnel et de réflexion sur son avenir professionnel, par une prise de conscience que ses possibilités de mobilité externe sont limitées par son bas niveau de qualification initiale. Nous formulons l'hypothèse que la réflexion menée courant 2007 à ce sujet, entraînant la remémoration de ses décisions passées, a pu rectifier son jugement sur ses motivations.

- Madame G2, qui a indiqué dans SIP avoir interrompu ses études par lassitude, expliquera lors de l'entretien avoir en fait cessé sa scolarité en classe de seconde à 17 ans pour pouvoir gagner rapidement de l'argent comme ses amies déjà entrées dans la vie active. Elle regrette désormais ce choix qui lui fait ressentir douloureusement « *un manque de culture* », regret possiblement réactivé actuellement par sa récente reconversion professionnelle en tant qu'exploitante de chambres d'hôtes depuis 2006.

2 - L'influence du milieu familial : rapport au travail et choix de métier

a) Modèles et contre – modèles familiaux

Nous avons été frappés lors de l'entretien du caractère encore très présent pour de nombreux enquêtés, dans le contenu du discours comme dans les affects, de ce qui était perçu, étant enfant, des conditions de travail et du rapport au travail des parents.

Ces « impressions » infantiles ont, selon ces enquêtés, pesé sur leurs orientations et sur leur rapport au travail ultérieur, soit dans le sens d'une continuité soit dans le sens d'une rupture.

La place centrale accordée au travail dans les valeurs familiales est perçue comme structurante pour plusieurs des enquêtés (Madame A1, Monsieur F1, Monsieur A2, Monsieur A3) mais comme pathogène pour d'autres (Monsieur J2, Madame I3).

Le métier exercé par les parents a été attractif pour certains des enquêtés qui ont engagé leur parcours professionnel dans une voie identique (en agriculture : Monsieur H2, Monsieur A2, Monsieur H3 ; dans le secteur éducatif, Madame D1).

D'autres, au contraire, ont perçu la pénibilité des conditions de travail (Monsieur B1), le rapport négatif au travail des parents (Madame E2), ou ressenti du dégoût ou de la peur vis-à-vis du contenu des tâches exercées (Madame G2, Madame I2) et se sont donc orientés professionnellement en rupture avec les métiers exercés par les parents, parfois en attendant peu du travail comme source d'épanouissement dans l'existence (Madame E2).

Ce sont parfois des activités investies hors travail par les parents qui ont influencé l'orientation (activités artistiques pour Madame E1).

Le poids du milieu familial sur le parcours professionnel s'est pour certains exercé dans la contrainte, à l'opposé des désirs et compétences de l'enfant, instaurant un rapport négatif au métier initialement imposé (Monsieur J2, Monsieur B2), et l'itinéraire professionnel porte la trace de cette contrainte initiale (reconversion professionnelle ultérieure, souffrance psychique au travail et cotation de la maîtrise de l'itinéraire dans SIP).

Il nous faut également indiquer que, lors des entretiens, aucun enquêté n'a évoqué d'altérations de la santé de ses parents du fait de leur travail, ni de modification de leur itinéraire professionnel en lien avec leur santé, ayant pu avoir des conséquences familiales pendant leur enfance ou un impact sur l'orientation professionnelle ultérieure de l'intéressé(e).

b) Faire ce qu'on aime ou aimer ce qu'on fait

Il est à noter que la possibilité, donnée ou non, de suivre l'orientation professionnelle désirée dans l'enfance et l'adolescence apparaît dissociée de l'appréciation actuelle portée sur l'itinéraire professionnel finalement suivi, en terme de maîtrise mais surtout de satisfaction.

- Nous retrouvons des évaluations mitigées de l'exercice d'un métier pourtant choisi (Madame E2, Madame D1), en raison le plus souvent non pas des contraintes inhérentes au métier mais des conditions organisationnelles et relationnelles de travail, au regard du sens du métier pour l'intéressé(e).
- Nous notons également des déceptions relatives à un parcours jugé déqualifié par rapport à la qualification initiale (Madame A1) ou venant contrarier une « passion » (Madame C3).
- Mais, nous trouvons en revanche des satisfactions exprimées au bilan sur l'itinéraire qui, malgré une orientation scolaire et professionnelle initiale non conforme aux désirs de l'intéressé, reflète la fierté éprouvée d'avoir néanmoins su trouver les voies d'accomplissement de soi dans le travail ou de déroulement promotionnel

de carrière, vécues en terme de réussite personnelle et sociale (Monsieur B1, Monsieur F1, Madame H1, Monsieur J1, Monsieur B2, Monsieur D2, Madame F2, Monsieur J2, Monsieur D3, Monsieur H3, Monsieur J3).

Le plaisir éprouvé au travail semble, en définitive, plus souvent plus lié à la possibilité d'aimer ce qu'on fait qu'à l'opportunité de faire ce qu'on aime.

3 - L'expérience précoce des milieux de travail

Un autre aspect du rapport au travail dans l'enfance est celui, non exploré par SIP, de la confrontation personnelle précoce au monde du travail avant la fin de la scolarité initiale, soit dans l'aide apportée aux parents exerçant une activité indépendante (agriculture : Monsieur E3, Monsieur H3 ; commerce : Monsieur B2, Madame I3), soit dans l'obligation d'effectuer dès que possible une activité rémunérée en raison de la situation financière familiale et / ou pour payer ses études (Monsieur F1, Madame A1).

Certains de ces enquêtés ont pu dire combien cet éprouvé infantile des contraintes de travail les avaient marqués (Madame I3, Madame A1, Monsieur B2) et parfois incités à poursuivre des études pour se donner des chances d'y échapper (Madame A1).

Ce sont la pénibilité physique et les impressions sensorielles dans une activité contrainte qui restent avant tout en souvenir, donnant le sentiment que corps et affects, des années après, en gardent encore la trace : l'intensité du froid, les charges à porter, l'humidité, le sommeil interrompu, la coupure...

V b- La grille biographique

En dehors de trois erreurs signalées concernant le nombre des enfants (Monsieur A2, Monsieur H2) ou leur date de naissance (Madame I2), les écarts constatés entre données de l'entretien et de la grille biographique portent essentiellement sur quatre points :

- La déclaration des événements de la vie adulte ayant marqué l'itinéraire professionnel (question 17),
- La qualification de périodes de non emploi (questions 11 à 15),
- Les liens entre déménagement et itinéraire professionnel (questions 3 et 4),
- La durée des formations déclarées (question 16).

1. Les événements de la vie adulte ayant marqué l'itinéraire professionnel (question 17)

Parmi les trente personnes incluses dans la post-enquête, vingt-deux avaient répondu positivement à la question 17.

Dix d'entre elles sont revenues sur ces déclarations, en spécifiant que les événements signalés avaient certes été vécus comme importants mais n'avaient eu aucune conséquence sur leur itinéraire professionnel.

Il semble que la formulation de la question 17, telle que portée sur la grille biographique (« événement(s) ayant marqué la vie adulte »), différente de la formulation apparaissant sur l'aide-mémoire pour remplir la grille biographique (« pendant votre vie d'adulte, votre itinéraire professionnel a-t-il été particulièrement marqué par un des événements ou situations suivantes ? »), ait pu induire une confusion et entraîner par erreur de compréhension de l'enquêté cet écart entre les réponses faites à l'interview INSEE et lors de la post-enquête.

La fréquence des rectifications effectuées nous semble devoir, pour cette question, nécessiter une prudence dans l'exploitation de SIP.

2. La qualification des périodes de non emploi (questions 11 à 15)

Lors de l'entretien, deux personnes (Monsieur A3 et Monsieur J3) sont revenues sur la définition donnée à des périodes d'interruption de leur activité professionnelle, en indiquant qu'en réalité, il ne s'agissait pas d'inactivité mais d'arrêt maladie d'une durée supérieure à six mois et deux personnes ont précisé avoir été en inactivité et non au chômage (Madame E1, Monsieur C1).

3. Les liens entre déménagement et itinéraire professionnel (questions 3 et 4)

Quatre des trente personnes enquêtées (Madame G1, Monsieur B2, Madame G2, Mademoiselle B3) ont rectifié leur déclaration concernant l'existence de déménagements pour raison professionnelle ou ayant perturbé leur activité professionnelle en indiquant, soit que ces changements de lieu de vie n'avaient en réalité pas eu lieu pour raison professionnelle (Madame G2), soit qu'ils n'avaient eu aucune conséquence professionnelle (Monsieur B2), soit, au contraire, que ces déménagements pour raison professionnelle avaient été omis lors du remplissage de la grille biographique (Madame G1 et Mademoiselle B3).

4. La durée des formations déclarées (question 16)

Quatre personnes enquêtées ont précisé que les formations déclarées lors du remplissage de la grille biographique avaient eu en fait une durée inférieure à un an (Madame D1, Monsieur A2, Monsieur D2, Madame F3).

Comme pour la question 17, la formulation portée sur la grille biographique (« formations ») diffère de la question précisée dans l'aide mémoire de passation (« avez-vous suivi des formations de plus d'un an ? »), ce qui a pu induire des erreurs de compréhension de la réponse attendue.

V c- Les grandes périodes de l'itinéraire professionnel

Globalement, peu d'écarts majeurs ont été notés entre le découpage opéré selon les quatre types de périodes retenues dans SIP, tel qu'il se trouve restitué dans les fiches synthèses, et les grandes étapes perçues et décrites par les enquêtés lors de l'approche qualitative.

1. La mémoire des dates

Il faut néanmoins noter des écarts de datation de début ou de fin de périodes, écarts d'une à deux années au maximum, chez dix des trente enquêtés, pour telle ou telle étape de leur itinéraire professionnel (Monsieur C1, Madame E1, Monsieur J1, Monsieur A2, Madame I2, Madame C3, Madame F3, Madame G3, Monsieur H3, Monsieur J3).

Certains enquêtés étaient affirmatifs, lors de l'entretien qualitatif, sur la chronologie de leur itinéraire, d'autres plus hésitants, et il ne nous est pas possible de repérer laquelle des déclarations est la plus fiable, en soulignant cependant que, contrairement aux possibilités ouvertes par la méthodologie de l'interview INSEE, nous n'avons pas lors de la post-enquête qualitative, laissé recours à la consultation de documents « objectifs » de traçabilité du parcours (curriculum vitae, récapitulatif de carrière, dossiers médicaux,...).

2. Découpage opéré et situations perçues

Il faut également signaler quelques situations où des différences apparaissent dans la perception des périodes mentionnées.

Pour Monsieur B1, par exemple, la première période d'emplois courts (1981-1998) est restituée lors de l'entretien non pas comme une période de « chômage fréquent » (tel que mentionné dans la fiche synthèse) mais au contraire d'enchaînement ininterrompu de missions d'intérim de plusieurs mois, avec parfois deux emplois temps partiels parallèles.

Pour Madame H1, la nouvelle affectation de 1978 (ou 1980, compte tenu de l'écart de datation) est ressentie comme un changement d'emploi (et constitue dans SIP le début d'une deuxième période d'emploi long) là où, au

sens strict, il s'agit statutairement d'une mise à disposition sans changement d'employeur (et donc à notre sens d'un changement en cours d'emploi long).

Autre exemple : Monsieur C1 considère qu'à la suite de son licenciement économique en 1993 (et non d'une démission, comme indiqué dans la fiche synthèse), il a été en inactivité choisie pendant un an, profitant des ressources liées aux indemnités perçues pour rester chez lui élever son jeune fils d'un an, sans rechercher d'emploi sur cette période qui disparaît dans SIP dans une période d'emplois courts 1993-2000.

De même, bien qu'étant effectivement en CDD de 1997 à 2000, Monsieur C1 considère que l'emploi long de la dernière période de son itinéraire professionnel débute bel et bien dès 1997 puis qu'il s'agit du même employeur, avec passage en CDI en 2000 sans changement ni d'emploi ni de poste.

3. Le deuxième métier

Il faut aussi mentionner quelques situations qui nous semblent plus problématiques pour l'interprétation des dynamiques professionnelles, concernant l'absence de prise en compte dans les fiches synthèses d'une deuxième profession exercée sur de longues périodes, parallèlement à l'activité principale déclarée, en particulier, là où ce « second emploi » nous a été décrit lors de la post-enquête comme activité assurant l'essentiel des ressources et occupant la majeure partie du temps de travail.

C'est le cas de deux exploitants agricoles : Monsieur H2 pour son activité de terrassier conducteur de tractopelle exercée de 1983 à 2006 à mi-temps voire à trois-quart de temps (« *c'est la ferme qui est devenue un complément* »), et Madame I2, qui, certes, garde le statut d'agricultrice exploitante mais n'exerce plus que le métier d'aide à domicile depuis 2003, de 30 à 36 heures par semaine, s'étant « *retirée tout doucement de la ferme* ».

Dans une moindre mesure, le problème se rencontre également pour la situation de Monsieur A2, qui poursuit depuis sa retraite prise en 2003 son activité salariée à temps partiel de régisseur de propriété, exercée depuis des années parallèlement aux emplois principaux successivement occupés.

Le questionnaire SIP interroge pourtant les situations de cumul d'activités (questions E63 et E63b pour les emplois longs, questions A88 et A88b pour les emplois courts), et les réponses détaillées de ces trois enquêtés au questionnaire font bien état de l'exercice d'une autre activité professionnelle : « toujours » depuis 1968 pour Monsieur H2 (et non depuis 1983), « toujours » depuis 1999 pour Monsieur A2, et « parfois » pendant trois années pour Madame I2 dans son emploi actuel, ce qui peut renvoyer à l'activité commencée en 2003. Néanmoins, les conditions de travail étudiées renvoient à l'emploi déclaré comme principal et non pas à l'activité réellement exercée la majeure partie du temps.

4. Les itinéraires non empruntés

Nous souhaitons enfin attirer l'attention sur ce qui a été souvent souligné lors des entretiens comme déterminant dans la dynamique de l'itinéraire professionnel et qui ne peut bien sûr pas apparaître dans SIP : ce qui n'a pas eu lieu, ce qui se dessine en « blanc », en pointillé, dans le parcours professionnel envisagé, rêvé, possible, impossible.

C'est-à-dire les refus ou renoncements à certaines opportunités réelles de mobilité en terme d'emploi nouveau, de réorientation professionnelle, de statut (CDI), de promotion, ou de changement de lieu de travail.

C'est-à-dire, à l'inverse, les vœux non exaucés, les rêves abandonnés, les impossibilités de concrétiser des projets professionnels investis, les formations professionnelles qualifiantes sans issues, les échecs des demandes de changements d'activité, les impasses dans la recherche d'un nouvel emploi...

Ce qui n'a pas eu lieu laisse néanmoins son empreinte dans l'histoire de vie.

Certains refus éclairent, plus que les postes occupés, le sens du travail pour l'intéressé(e), les valeurs qui le supportent (ne pas être obligé(e) d'effectuer des tâches qu'on réprouve – comme l'agro-alimentaire pour Madame I3 : « *zigouiller les canards, je m'en ferais une vraie maladie, je trouve que je n'ai pas à le faire* » ou la vente forcée pour Madame E1 et Madame A1 : « *je n'aime pas forcer les gens à acheter quand ils n'en ont pas* »).

besoin »- ; effectuer un travail qui « *vous corresponde* » quitte à refuser une promotion (Madame E1, Monsieur A3, Madame G3, Monsieur J3, Monsieur C2, ...); ne pas travailler dans une ambiance délétère où l'on se sent « *rabaisé* », « *insulté* », « *méprisé* » (Madame A1, Madame E1, Madame I2, Monsieur B1, Monsieur J1,...). Rétrospectivement, les actes de refus valident l'itinéraire et sont perçus comme des moments signifiants sur le plan identitaire.

Mais ces refus de postes pourtant « sécurisants » sur le plan économique et social (CDI, promotion) mettent aussi en lumière ce qui, pour chacun, relie « être bien dans son travail » et « préserver sa santé », avec pour certains enquêtés la perception claire et nettement exprimée qu'accepter certaines tâches ou conditions de travail reviendrait à courir le risque « *d'en tomber malade* ». Comme le dit Monsieur B1 « *Si on n'est pas bien au travail, on est pas bien dans sa tête* » et « *la santé, c'est déjà être bien dans sa tête* ».

Certains renoncements reflètent la place du travail dans la vie, en particulier au regard des liens familiaux, quand s'occuper des enfants est privilégié (Madame E1, Madame G1, Madame G3...)ou tout au moins ne pas s'éloigner de la famille (Monsieur B1).

Les projets dont la réalisation ou la poursuite sont « empêchées » colorent parfois de regret ou de nostalgie le rapport subjectif à l'itinéraire suivi : l'odeur des copeaux pour Monsieur B1, le métier d'enseignante spécialisée pour Madame G1 et de psychologue pour Madame D1, les chevaux de Madame C3, les orangeries de Monsieur A2, les eaux et forêts de Madame G3, le métier de conducteur d'engins pour Monsieur E3, l'ambulance de Monsieur C1...),... Mais ils peuvent aussi arriver à se frayer un chemin au cœur même de l'emploi occupé : c'est, par exemple, le cas de Monsieur J3 qui retrouve dans son métier de garde-pêche une part de ce qui l'attirait dans la police ou la géologie ou de Madame F3 qui repère dans son activité d'aide à domicile certains aspects investis de son ancien métier perdu d'ambulancière.

Quels qu'en soient les motifs et les conséquences, les chemins non empruntés prennent sens dans le bilan effectué sur l'itinéraire professionnel et ses liens avec la santé.

V d- Les changements survenus au cours de l'itinéraire professionnel et leurs motifs

C'est à ce sujet que nous observons, s'agissant de la restitution et de la compréhension de la dynamique des itinéraires professionnels, la plus grande discordance entre les données de la post-enquête qualitative et la typologie des parcours qui se dégage de la lecture des fiches synthèses.

Le questionnaire SIP comptabilise bien la totalité des emplois occupés au cours de l'itinéraire professionnel (l'enquêté a la possibilité de déclarer jusqu'à quarante emplois pour les périodes d'emplois courts), et aborde bien la question de l'existence, ou non, de changements jugés importants par l'enquêté au cours des différentes périodes retenues.

La nature du changement est précisée, de même que son caractère imposé, souhaité ou accepté et son éventuel lien avec un problème de santé.

Les conditions de travail précédant le premier changement et suivant les changements retenus sont également explorées, ainsi que ce qui a subjectivement le plus marqué la personne enquêtée dans le travail exercé. Enfin, le mode de fin d'emploi est précisé ainsi que le lien éventuel avec la santé.

Cependant, la nécessaire limitation du temps de questionnement dans l'enquête a fait réduire le nombre de changements et de sous - périodes étudiés :

- aucun, si la période d'emploi est inférieure à cinq ans,
- un, si la période est comprise entre cinq et dix ans,
- deux pour une période de dix à vingt ans,
- trois au-delà de vingt ans.

Par ailleurs, l'interrogation SIP sur les changements porte sur les conditions de travail *après* chaque changement retenu mais ne peut appréhender l'évolution des conditions de travail et (sauf pour l'emploi précédant le premier changement) les conditions de travail *en fin de sous période*, ayant pu motiver le changement suivant.

Cette option méthodologique de l'enquête statistique, bien compréhensible pour des raisons de faisabilité de l'étude, nous semble produire un effet d'écrêtement ou de lissage de certains itinéraires professionnels, avec une perte d'informations sur le sens de la dynamique en cours, particulièrement dans les situations suivantes :

- 1- Les emplois longs de vingt ans ou plus avec la notion de « stabilité ».
- 2- Les emplois courts, quant au sens de la mobilité observée.

Nous aborderons ensuite le point particulier des motifs de changements déclarés comme étant en lien avec la santé.

1. Emplois longs de vingt ans ou plus et notion de stabilité

Parmi les trente enquêtés, quatorze personnes ont connu une période d'emploi long égale ou supérieure à vingt ans :

- Quatre dans le groupe SL1 : Monsieur C1, Madame D1, Monsieur F1, Madame G1.
- Cinq dans le groupe SL2 : Monsieur C2, Monsieur D2, Madame F2, Madame G2, Monsieur H2.
- Cinq dans le groupe SL3 : Monsieur A3, Monsieur D3, Monsieur E3, Madame G3, Monsieur J3.

Là où SIP donne la possibilité de déclarer et d'étudier jusqu'à trois changements pendant ces périodes de longue durée, selon les précisions données dans les fiches synthèses, cinq personnes n'ont mentionné aucun changement important, huit n'ont déclaré qu'une seule modification de leur situation de travail et un seul enquêté a fait état de deux changements.

Que les conditions de travail soient décrites comme bonnes ou mauvaises, se dégradant ou non, la lecture des fiches synthèses donne le sentiment d'une période linéaire, avec une stabilité non seulement de l'emploi mais aussi du rapport au travail, dans la satisfaction éprouvée ou la soumission aux contraintes.

Les données des entretiens concernant ces mêmes périodes d'emplois longs distinguent cependant des profils de parcours très différents selon les enquêtés.

a) Emploi long et stabilité linéaire

Pour cinq de ces quatorze enquêtés, cette notion de stabilité (au cours de l'emploi long en question) est confirmée par l'entretien : absence de modification majeure des conditions de travail, du contenu des tâches, du statut. C'est le cas de Monsieur C2 dans son emploi d'artisan mouleur, de Madame G2 dans son activité de responsable de décoration dans l'entreprise commerciale de son mari, de Monsieur D3 dans ses fonctions de responsable de secteur dans une entreprise de serrurerie, de Monsieur E3 en tant qu'agent de production en pneumatiques et de Monsieur J3 dans ses fonctions de garde-pêche.

On retrouve ici, d'une façon logique, les cinq personnes n'ayant déclaré aucun changement notable pendant cet emploi long.

Il s'agit ici, objectivement et subjectivement, d'une même activité exercée sur une longue durée dans des conditions stables, avec un vécu « d'horizontalité » du parcours.

Il faut noter que ces parcours identiques en terme de « stabilité » ne s'accompagnent pas obligatoirement d'une évaluation identique en terme de sentiment de maîtrise et de satisfaction : contrairement à la satisfaction exprimée par les quatre autres enquêtés, Monsieur E3 attribuera la dégradation sévère de son état de santé à la durée même de cet emploi long aux conditions de travail pathogènes. La « stabilité » dans l'emploi est vécue ici comme négative, subie, liée à l'échec des tentatives de changements et au poids des obligations financières : « *il faut changer avant qu'il ne soit trop tard pour la santé* ».

Les parcours des neuf autres enquêtés réalisent des profils différents :

b) Emploi long et mobilité choisie

Madame D1 et Madame G1 décrivent un parcours certes « horizontal » (sans dynamique ascendante promotionnelle ni dégradation de leurs conditions de travail ou déqualification), mais avec une mobilité interne importante, essentiellement choisie, dont la fiche synthèse des données SIP ne rend pas compte.

L'une comme l'autre exercent des métiers choisis et investis et ne changent pas de profession : Madame D1 est éducatrice spécialisée, Madame G1 est institutrice.

- La fiche synthèse SIP concernant Madame D1 mentionne un seul changement de poste en 2004. Lors de l'entretien, Madame D1 insistera au contraire, sur l'importance pour elle, tant du point de vue de l'épanouissement professionnel que de son équilibre psychique, d'avoir des issues dans les possibilités de mobilité interne. Elle changera à six reprises de fonctions dans l'établissement, dont cinq fois à sa demande et une fois sur incitation de sa hiérarchie en raison de sa surcharge et de la dégradation de ses relations de travail avec ses collègues. L'un des changements effectué à sa demande vise à s'éloigner de situations de violence (« *j'avais la peur au ventre* »), les autres correspondent à un souhait de développement professionnel offert par la création de nouvelles structures ou dispositifs.

Madame D1 exprimera clairement sa crainte de ne plus pouvoir avoir de possibilité de changement, là où son rapport au travail se dégrade, et d'en tomber malade.

- Madame G1, quant à elle, n'a déclaré dans SIP qu'un changement de statut en 1986, non retrouvé lors de l'entretien, au cours duquel elle insistera sur l'importance de sa mobilité avec quatre mutations (changements d'établissements scolaires) et neuf changements de poste (en terme de niveaux de classes assurés), sans parler des projets « empêchés » (une reconversion en tant qu'institutrice spécialisée, et trois demandes de mutation refusées).

La motivation exprimée pour cette mobilité demandée ou acceptée volontiers jusqu'en 2006 est « *la lutte contre la routine* », nécessaire à son investissement professionnel et à son plaisir au travail.

On voit bien que ces deux emplois longs, en apparence comparables aux cinq précédents selon la description des fiches synthèses SIP, renvoient en fait à des dynamiques différentes, quant au rapport au travail et aux conditions perçues de préservation de la santé psychique.

c) Emploi long et changements de métier

Les trois enquêtés suivants connaîtront plusieurs métiers successifs (Monsieur C1, Monsieur D2) ou parallèles (Monsieur H2) dans le cadre de cet emploi long et pas seulement des changements d'affectation de poste ou de statut.

Les métiers successivement exercés chez le même employeur par Monsieur C1, et Monsieur D2 sont signalés dans les fiches synthèses SIP.

En revanche, n'apparaissent pas les changements de poste ou de service, ni pour Monsieur H2 le descriptif de l'activité de terrassier exercée de façon croissante parallèlement au métier d'agriculteur, jusqu'à devenir l'emploi principal.

Pour ces trois enquêtés, les changements de métier ou de postes sont perçus comme contraints, en lien avec des restructurations de l'entreprise, parfois avec une suppression de postes, une réorientation nécessaire de la production agricole, une recherche d'augmentation des revenus, des altérations de la santé du fait du travail (Monsieur D2).

Ce profil de parcours est plus adaptatif que réellement choisi, sans mouvement ascendant de promotion professionnelle, avec une mobilité interne conduite par les circonstances.

d) Emploi long et parcours ascendant satisfaisant

On trouve encore un autre profil d'emploi long avec les parcours de Monsieur F1, Madame F2 et Monsieur A3, décrits lors de la post-enquête qualitative en terme de progression de carrière au sein d'une même entreprise, avec évolution des postes et prise de responsabilités par promotion interne et dont la dynamique ascendante est peu perceptible à la lecture des fiches - synthèses.

Monsieur F1 fera état des évolutions positives de son poste liées à l'introduction de nouvelles techniques de production de raccords plastiques, puis sa nomination comme responsable de service.

Madame F2 soulignera son vécu de progression sur plusieurs registres : passage d'un temps partiel à un temps plein avec responsabilités croissantes dans le secteur comptabilité en hôtellerie-restauration.

Monsieur A3 racontera avec fierté comment il a gravi un à un tous les échelons de l'entreprise, du poste de conducteur d'engins à celui de cadre conducteur de travaux.

La dynamique ascendante et gratifiante dans cet emploi de longue durée dans la même entreprise est évaluée avec satisfaction par tous, en dépit de conditions brutales de fin d'emploi pour Madame F2 (licenciement avec harcèlement un mois après un changement d'employeur), et pour Monsieur A3 (accident du travail avec séquelles handicapantes et obligation de reclassement).

e) Emploi long, instabilité et insatisfaction

Le cas de Madame G3 présente des particularités, en raison tout à la fois de l'importance des discordances entre données de la fiche synthèse et données de l'entretien, et des paradoxes relevés au cours de l'entretien.

La fiche synthèse SIP décrit l'emploi long de 1981 à 2003 comme n'ayant connu qu'un changement souhaité, dans le cadre d'un poste peu qualifié (auxiliaire de bureau vacataire) dans la Fonction publique, avec un jugement très négatif sur les conditions de travail (tensions, absence de reconnaissance) et sur l'itinéraire professionnel (maîtrise = 0, satisfaction = 1) et des problèmes de santé rattachés au travail.

L'enquête SIP enregistre le poste occupé au début de l'emploi long

Lors de l'entretien, Madame G3 fera état, dans cet emploi, d'une carrière promotionnelle maîtrisée de bout en bout, faite « d'arrangements » lui assurant mutations demandées et promotions souhaitées jusqu'au grade d'intendante des établissements scolaires, avec une mobilité intensive puisque Madame G3 indique avoir changé d'établissement chaque année, soit 25 à 26 changements au cours de ce même emploi long, ce que ne restitue pas la fiche synthèse. Cette mobilité dans les fonctions par promotion interne et dans les lieux de travail par mutation, associe insatisfaction chronique vis-à-vis des postes occupés, projet de carrière et conflits de valeurs avec l'institution, dans une dynamique où la sécurité de l'emploi administratif s'accompagne d'un rapport au travail à la fois hyperactif et négatif, le travail salarié étant conçu comme aliénant en soi et potentiellement pathogène.

On voit ainsi se dessiner, derrière ces descriptifs d'emplois longs de longue durée, a priori comparables dans les fiches synthèses, des dynamiques d'itinéraire différentes, qui nous semblent pouvoir être en partie seulement discernées au travers des réponses précises aux questions portant sur le bilan global sur l'itinéraire professionnel, sur les conditions de travail avant et après les rares changements déclarés, et sur les caractérisations de ces seuls changements.

2. Emplois courts et sens de la mobilité

La notion de période d'emplois courts nous renvoie de prime abord à des situations perçues comme précaires, difficiles, subies ; au problème d'accès au monde du travail, particulièrement pour les jeunes ; à la fragilisation des parcours professionnels en terme de durée limitée des contrats de travail ; à des moments de ruptures dans l'itinéraire, secondaires à une perte d'emploi long ; aux parcours chaotiques des plus vulnérables sur le plan social ou sur le plan de la santé.

Dans l'échantillon LEEST, vingt-cinq des trente personnes enquêtées ont connu au moins une période d'emplois courts, dans des configurations différentes, retrouvées dans les grilles biographiques comme dans les fiches synthèses :

- 1- Comme unique modalité de rapport à l'emploi pour les jeunes de moins de trente ans (jeunes femmes) : Madame A1, Madame E2, Madame C3.
- 2- Comme période initiale de l'itinéraire professionnel avant d'accéder à un emploi long, pour quinze des enquêtés :
 - Dix hommes : Messieurs B1, C1, F1, J1, B2, C2, D2, A3, E3, J3., pour des périodes allant de un à cinq ans pour les plus âgés (nés avant 1940) et de cinq à dix ans pour ceux de 35 à 59 ans.
 - Cinq femmes : Mademoiselle B3, Madame F3, Madame G3, Madame I3, Madame G2 de 34 à 53 ans, pour des durées allant de un à neuf ans.
- 3- Comme période succédant à une fin d'emploi long : Monsieur J1, Monsieur A2, Madame F2, Monsieur J2, Madame G2.
- 4- Comme modalités d'emplois constitutives d'un parcours fractionné, voire chaotique, où se succèdent périodes d'emplois courts, d'unique emploi long de courte durée, d'inactivité, de chômage : Madame E1, Madame I2, Monsieur H3.

Dans plusieurs de ces situations, les données de l'entretien éclairent cependant d'un jour inattendu le sens de ces périodes d'emplois courts, en remettant en cause certains de nos a-priori et en décrivant une dynamique qui s'éloigne parfois du profil dessiné par les fiches synthèses SIP.

a) Les jeunes et le travail : un emploi à tout prix ?

Les réductions méthodologiques qui centrent, dans SIP, l'interrogation sur l'emploi déclaré principal pour les périodes d'emplois courts, ne permettent pas d'analyser les arbitrages rendus autour de chaque changement dans ces années de recherche d'emploi.

Madame A1 a ainsi refusé une opportunité de poursuite d'emploi en centre d'appel (emploi non exploré dans SIP) en raison de l'ambiance délétère et de pratiques de vente forcée contraires à ses valeurs.

Madame E2 a également décliné une proposition de CDI à temps partiel par appréhension de certaines contraintes de travail (gardes de nuit) dans un emploi de laborantine correspondant à sa qualification (deuxième emploi de la période, non exploré dans SIP).

Par ailleurs, toutes deux, déclarant dans le questionnaire SIP des conditions de travail difficiles dans l'emploi en CDI occupé lors de l'interview INSEE, l'auront quitté un an après au moment de la post-enquête qualitative (Madame A1 ayant retrouvé un emploi en CDI après la période d'intérim suivant sa démission ; Madame E2, en arrêt de maternité, ayant annoncé son intention de départ à son employeur et organisant sa reconversion professionnelle).

Madame C3, quant à elle, connaîtra en réalité de 1998 à 2006, cinq emplois ou métiers différents, dont la fiche synthèse mentionne les deux principaux, ainsi que la démission en 2002 d'un emploi correspondant pourtant à la qualification initiale et au choix de métier, et en CDI, mais dont les conditions psychiques, physiques et salariales sont jugées inacceptables.

Malgré les contraintes du marché de l'emploi et leur volonté d'assurer leur autonomie, ces jeunes femmes n'hésitent pas à « opter » pour une solution plus précaire mais plus compatible avec le sens et la place du travail dans leur vie. « *Quand quelque chose ne me convient pas, je pars* », nous dit Madame A1 et Madame E2 déclare « *je n'attends pas énormément d'un travail, juste qu'il ne me pourrisse pas la vie* ». Quant à Madame C3, qui a accepté une reconversion professionnelle « alimentaire » : « *ça va bien parce que je sais que ça ne durera pas... Je sais où je vais* ». Plaisir au travail et santé psychique sont nettement articulés dans une conception du travail qui prime sur « l'emploi à tout prix », y compris lorsque cet emploi correspond à leur orientation initiale choisie et offre une certaine stabilité.

b) Dans l'attente de l'emploi long

Nous avons vu que quinze hommes et femmes de tout âge, parmi les enquêtés, ont entamé leur entrée dans le travail par une période d'emplois courts avant de trouver un emploi stable de longue durée. S'agit-il d'un enchaînement de missions intérim ou de CDD, à défaut d'une embauche définitive espérée ?

Il nous semble devoir examiner de façon distincte :

- La situation de ceux qui ont trouvé d'emblée un travail dans le secteur d'activité correspondant à leur qualification et de ceux qui cherchent avant tout un emploi pour « *gagner leur vie* » dès que possible.
- Le parcours des hommes et des femmes.

b.1- Exercer son métier

Parmi les hommes, deux seulement sont entrés dans le travail par la voie choisie : Monsieur B1, menuisier, et Monsieur J1, tôlier-soudeur.

La fiche synthèse restitue bien la description de la profession exercée pendant cette période et les conditions de travail, mais le profil du parcours apparaît identique pour les deux hommes, là où la post-enquête fait apparaître une dynamique différente :

- Monsieur B1 a connu quatre emplois et des missions intérim sur une période de sept ans, dont deux CDI avec licenciements. Il refusera une mutation géographique l'éloignant de son domicile et démissionnera d'un autre emploi où l'ambiance, les conditions salariales et le contenu du travail ne lui plaisaient pas. Il recherche cependant un emploi stable dans sa branche.

- Monsieur J1 ne connaîtra qu'un seul emploi, de cinq ans, interrompu par son service militaire, et en CDI **depuis son retour**. Licencié pour raisons économiques, Monsieur J1 indique cependant qu'il ne serait pas forcément resté : « *il faut changer pour évoluer financièrement et professionnellement* ».

L'un comme l'autre trouveront un emploi long dans leur métier à l'issue de cette période d'emplois courts, mais avec des destins différents :

- Monsieur B1 sera une nouvelle fois licencié pour des raisons économiques et, pour ne pas vivre de nouveau le chômage, après avoir envisagé un moment une création d'entreprise, il se résignera à une reconversion professionnelle non souhaitée.

- Monsieur J1, quant à lui, démissionnera d'un emploi occupé pendant onze ans car il a « *envie de voir ailleurs, envie de changer d'air* », en regrettant d'être resté aussi longtemps dans la même société...

Il nous semble que les conditions différentes de déroulement de la période d'emplois courts (précarité chez Monsieur B1, stabilité chez Monsieur J1) n'ont pas construit le même rapport subjectif au travail et à l'emploi, même si l'un comme l'autre considère qu'il faut partir quand « *on ne se plaît pas* » : « *autant être bien* ».

b.2 - Gagner sa vie

Huit des hommes ayant commencé leur parcours professionnel par une période d'emplois courts en l'absence de qualification ou après une orientation scolaire imposée et refusée (Monsieur B2), déclarent avoir pris le premier emploi venu pour commencer à gagner leur vie.

On peut penser que dans cette situation la sécurité de l'emploi et les conditions de rémunération priment sur toute autre considération et guident la dynamique de l'itinéraire professionnel.

Cinq d'entre eux évoqueront en cours d'entretien le poids de cette aspiration à une sécurisation de leur parcours et de leurs conditions de vie dans les décisions prises en terme d'emploi (Monsieur C1, Monsieur B2, Monsieur D2, Monsieur E3, Monsieur J3).

Les fiches synthèses SIP mentionnent dans sept cas sur huit la démission comme modalité de fin de l'emploi court étudié, mis en lien avec la préservation de la santé dans un seul cas (Monsieur E3). L'interrogation SIP ne permet pas de restituer le sens du parcours sur ces périodes et particulièrement le sens de ces démissions.

Les entretiens de la post-enquête apportent quelques précisions à ce sujet :

- les démissions intervenues pendant la période d'emplois courts et en fin de période renvoient effectivement le plus souvent à la survenue d'une opportunité à saisir d'un emploi mieux rémunéré, plus stable, en CDI, voire à statut protégé (fonction publique) pour Monsieur J3 et Monsieur C2 ;
- cependant, d'autres motivations entrent également en jeu dans de nombreux arbitrages : préserver sa santé (Monsieur E3), quitter une entreprise où existent des difficultés relationnelles ou trouver un métier plus conforme à ses goûts, se donner le « défi » d'évoluer.

La fréquence des démissions dans des situations a priori défavorables quant à la possibilité de maîtrise de l'itinéraire reflète, nous semble-t-il, des postures actives ou adaptatives en terme de construction de la vie professionnelle et de l'identité.

Dans le bilan sur l'itinéraire professionnel effectué dans SIP, parmi ces huit enquêtés, seuls Monsieur C1 et Monsieur E3 déclareront avoir peu maîtrisé leur itinéraire et en être peu satisfaits.

Lors de l'entretien, ces deux enquêtés souligneront l'absence d'intérêt pour le métier exercé (« *Mais bon, quand on n'a pas d'emploi c'est pire* »), mais aussi l'absence de marges de manœuvres perçues en terme de mobilité externe, pour des questions de ressources (obligations familiales, « *pour les enfants* ») ou de marché de l'emploi (« *où aller ?* »).

b.3- Femmes entrant dans le travail

Comme nous l'indiquions précédemment, cinq femmes ont également commencé leur itinéraire professionnel par des périodes d'emplois courts avant de trouver un emploi stable de longue durée.

Des différences liées au genre apparaissent-elles dans les données de l'entretien quant aux caractéristiques de ces périodes d'emplois courts ?

Les fiches synthèses restituent bien les conditions de travail des emplois exercés sur ces périodes si ce n'est pour Madame I3 l'impossibilité d'évoquer les trente emplois occupés successivement ou parallèlement.

Sur ces cinq femmes, une seule a une qualification professionnelle initiale (Madame F3, apprentie finisseuse), les autres n'ayant qu'un bagage de scolarité générale (BEPC, BAC).

Le motif d'entrée dans le travail est d'être rapidement autonome financièrement, pour faire comme ses amies (Madame G2), pour pouvoir quitter le milieu familial (Madame G3, Madame I3), pour gagner sa vie (Madame F3) et mener une vie normale malgré son handicap, en milieu de travail ordinaire (Mademoiselle B3).

Le mariage met fin à la période d'emplois courts pour deux des enquêtées : Madame G2 qui trouvera un emploi long dans l'entreprise de son mari, Madame F3 qui démissionnera dans le but de créer avec son mari une entreprise de transport sanitaire mais restera quatre ans en inactivité sans concrétiser son projet, avec entre-temps la naissance d'un enfant.

Madame G3, qui s'est mariée à 17 ans avant la fin de sa scolarité initiale, quittera au bout de très peu de temps deux emplois courts « alimentaires » (le premier pour incompatibilité des horaires avec sa vie de couple, le second pour harcèlement sexuel), avant de trouver un premier emploi en CDI qui durera certes un peu plus de cinq ans mais sera interrompu par trois grossesses, cette situation de « mère de famille » conduisant, selon elle, à son licenciement. C'est ultérieurement que Madame G3 « sécurisera » son parcours professionnel en postulant dans la fonction publique.

Le début de parcours professionnel de Madame I3, sans enfant, a un profil différent, de mobilité géographique et professionnelle importante partagée avec son compagnon, avec une multiplicité d'emplois très partiels, dans des métiers divers, « *le but du jeu étant d'assurer financièrement* », dans un contexte d'accès facile à l'emploi au début des années 1980 et avec du plaisir pris à ce mode de vie et aux emplois commerciaux exercés.

En dehors de la situation de Mademoiselle B3 où l'insertion professionnelle en milieu ordinaire est un enjeu manifeste pour cette jeune femme bénéficiant d'une reconnaissance MDPH pour une comitativité existant depuis

l'enfance, il nous semble que la dynamique des emplois courts de ces femmes est fortement intriquée à l'histoire de la vie de couple et des maternités, même si ces événements de vie ne sont pas déclarés dans SIP comme ayant eu des conséquences particulières sur l'itinéraire professionnel.

c) Emplois courts de rupture : la fin d'un emploi long

Pour cinq des personnes vues dans la post-enquête, une période d'emplois courts prend place comme modalité de retour à l'emploi, après une rupture dans l'itinéraire professionnel constituée par la fin d'un emploi long.

Les fiches synthèses donnent déjà un premier niveau d'indication sur le sens de cette entrée dans une période d'emplois courts, à partir des données de l'interrogation SIP sur le motif de fin d'emploi long (licenciement, arrêt de l'activité, mutation, démission) et sur les conditions de travail dans cet emploi long : la lecture des fiches synthèses permet déjà de repérer que les situations diffèrent selon les enquêtés.

Cependant, certains paradoxes apparaissent dans SIP sans pouvoir être élucidés (bonnes conditions de travail mais démission ; déménagement pour raison professionnelle mais chômage pendant deux ans avant la période d'emploi court) et soulèvent la question de la signification de ces « carrefours » de l'itinéraire professionnel, dans la construction des projets de vie et de travail.

Les entretiens de la post-enquête apportent quelques précisions nécessaires à la compréhension des dynamiques en jeu, fort différentes selon que l'emploi long a pris fin du fait de l'employeur ou du fait du salarié.

L'emploi long précédant la période d'emplois courts considérée a été selon SIP, « perdu » dans trois cas par licenciement (Madame F2, Madame G2) ou arrêt de l'activité (Monsieur A2) et, en revanche, volontairement quitté pour les deux autres enquêtés (démission pour Monsieur J1, mutation pour Monsieur J2).

c.1- Licenciements

S'agissant des emplois longs prenant fin du fait de l'employeur, les données de l'enquête SIP peuvent être interprétées comme une dégradation subie et brutale de la situation professionnelle, là où selon les données de l'entretien, les situations apparaissent revêtir des significations différentes.

- Cette interprétation reflète la réalité de la situation pour **Monsieur A2**, dont « l'arrêt de l'activité » correspond à la faillite de l'entreprise qu'il avait créée onze ans auparavant, pour ne pas rester au chômage, ayant déjà vécu dans son parcours professionnel quatre pertes d'emplois. La période d'emplois courts qui s'en suit signe en réalité la fin de l'intégration professionnelle, à 62 ans, au terme d'un itinéraire vécu comme descendant entre échecs successifs et stratégies d'adaptation.

- En revanche, la position subjective de Madame F2 vis-à-vis de son licenciement et de sa période d'emplois courts est plus ambivalente : la perte d'un emploi occupé depuis trente ans (seul emploi connu) dans une dynamique de progression de carrière et d'ascension sociale a été ressentie comme une rupture dramatique, à l'origine d'une dégradation importante de ses conditions de vie et d'une situation de précarité injuste et délétère, la recherche intensive d'un nouvel emploi restant vaine et Madame F2 cumulant les handicaps en terme « d'employabilité » (âge, bas niveau de qualification, problème de santé causant un préjudice esthétique).

Cependant, le licenciement a également été perçu comme un soulagement par Madame F2 qui vivait depuis le rachat de son entreprise une situation de harcèlement moral caractérisée de la part de son nouvel employeur, responsable d'un état dépressif majeur. La situation actuelle nous semblerait – tout comme à Madame F2 –, relever en fait de l'arrêt maladie depuis son licenciement de mai 2006, l'état de santé psychique n'étant pas stabilisé et peu compatible avec une reprise du travail, même si l'inactivité liée au chômage est mal vécue.

Enfin, ce licenciement a été *aussi* ressenti par Madame F2 comme une « victoire », car elle « a tenu » quand les autres ont accepté de démissionner sous la pression de l'employeur.

- Le licenciement de Madame G2 et la période d'emplois courts qui lui fait suite n'ont pas du tout la même signification : contrairement à l'enchaînement des événements qui ressort de la fiche synthèse, Madame G2 n'a pas déménagé pour des raisons professionnelles à l'issue d'un licenciement (dont le motif n'est pas précisé).

Comme indiqué également dans la fiche synthèse, c'est la rupture de la vie de couple qui va avoir des conséquences sur la vie professionnelle : le divorce, souhaité par Madame G2, entraîne son licenciement (et donc la perte d'un emploi investi) car Madame G2 était l'épouse salariée du propriétaire exploitant de l'entreprise commerciale. Son déménagement a lieu pour des raisons privées (se rapprocher de sa propre famille) et non professionnelle.

La période de chômage qui s'en suit correspond au souhait de Madame G2 de retrouver un poste à responsabilité identique à celui qu'elle occupait (elle refuse de reprendre un statut de simple vendeuse) et débouche, faute d'emploi salarié correspondant à ses désirs, sur une décision de création d'entreprise en tant que propriétaire exploitante de chambres d'hôtes, à son propre domicile. La notion de période d'emplois courts renvoie ici au début d'une activité professionnelle nouvelle et récente, projetée sur la durée.

c.2- Démissions

Une période d'emplois courts faisant suite à un emploi long volontairement quitté s'inscrit dans une toute autre dynamique.

Cependant, les profils d'itinéraire de Monsieur J1 et de Monsieur J2, tous deux dans cette situation, se révèlent néanmoins différents.

- Comme noté dans la fiche synthèse, Monsieur J1 démissionne d'un emploi occupé depuis onze ans, alors que les conditions de travail déclarées sont très bonnes.

Depuis cette démission, Monsieur J1 est entré dans une période d'emplois courts, où il enchaînera trois emplois successifs (quittés – nous apprend l'entretien – eux aussi par démission) avant de créer, en association, sa propre entreprise (ce qui n'apparaît pas dans la fiche synthèse).

Là où le profil du parcours dessiné dans SIP évoque une dégradation de la situation de travail et l'installation dans la précarité, les réponses aux questions portant sur le premier emploi long (bonnes conditions de travail et démission) et sur le bilan global de l'itinéraire professionnel (maîtrise 10/10 ; satisfaction 10/10) amènent à s'interroger et l'absence d'informations dans SIP sur les motifs de démission (hormis les liens avec la santé) et sur les différents emplois occupés pendant la période d'emplois courts, ne permet pas de répondre à cette interrogation.

L'entretien de la post-enquête met en évidence chez Monsieur J1 une conception de la mobilité exclusivement positive et une perception de la durée dans un même emploi comme risque d'obstacle à l'évolution professionnelle et sociale. S'y ajoute un rapport au travail et à l'emploi où le bien-être psychique est primordial et où l'on doit partir si l'on ne s'y sent plus « bien ».

À l'inverse de l'interprétation qui pourrait être issue des données SIP (et de nos propres présupposés à la lecture de la grille biographique préalablement à l'entretien), l'itinéraire professionnel de Monsieur J1 est bien vécu par lui comme une dynamique ascendante et satisfaisante, source de construction identitaire et d'équilibre psychique.

- Les motivations de Monsieur J2 à emprunter un chemin en apparence identique sont cependant, à l'origine, différentes puisqu'il s'agit de quitter, par voie de mutation, dans le cadre d'un statut de fonctionnaire, une situation délétère de harcèlement moral au travail, reconnue comme telle en justice.

La fiche synthèse donne bien des informations sur les mauvaises conditions de travail dans cet emploi long et restitue bien les conditions de travail du dernier emploi court occupé, sans information cependant sur le motif de fin de contrat du premier emploi court qui éclaire la dynamique de l'itinéraire : mutation correspondant, d'une part, à une promotion à des fonctions nouvelles et un grade supérieur, d'autre part, à un souhait de déménagement pour des raisons de vie privée (se rapprocher de la famille de sa nouvelle compagne).

Nous voyons ici que l'entrée dans une période d'emplois courts s'inscrit également dans une dynamique constructive et positive, sans pour autant investir en soi le principe d'une mobilité externe : Monsieur J2 aspire à une stabilité dans l'emploi, mais n'hésite pas à prendre le risque (mesuré dans le cadre d'un statut protégé) d'un changement d'emploi pour préserver sa santé psychique, pour progresser professionnellement, pour trouver des conditions de travail où il se sente reconnu dans une ambiance dépourvue de conflits relationnels.

d) Parcours déstructurés et rapport subjectif au travail

Pour trois des personnes de l'échantillon LEEST, plusieurs périodes d'emplois courts alternent avec des périodes d'emploi long de courte durée (cinq ou six ans) et / ou de chômage et d'inactivité (pour Madame I2 et Madame E1).

Les données SIP renseignent sur le bilan, différent, effectué par ces trois enquêtés sur la totalité de leur itinéraire professionnel : Monsieur H3 se dit très satisfait (9/10) d'un parcours qu'il estime avoir maîtrisé (8/10), Madame I2 et Madame E1, en revanche, expriment dans SIP une médiocre maîtrise et satisfaction de leur parcours (5/10).

Cette évaluation – même nuancée par les données de l'entretien s'agissant de Madame E1- éclaire le rapport subjectif aux périodes d'emplois courts examinées ici et le sens différent pour chacun de son itinéraire.

- Comme le restitue bien la fiche synthèse, Monsieur H3 est actuellement, depuis neuf ans, dans un emploi long, gratifiant, stable, où il se plaît, après dix-sept ans d'emplois courts et d'une seule période d'emploi long de six ans, dont il a démissionné pour raison de santé.

Il faut signaler que lors de l'entretien, Monsieur H3 a précisé avoir « attendu » le licenciement qui a mis fin à la troisième période d'emplois courts, ne supportant plus la « sous-charge » liée à l'effondrement de l'activité dans cette entreprise en dépôt de bilan.

L'amélioration durable de sa situation professionnelle en terme d'emploi et de plaisir au travail, ainsi que, dans le passé, sa capacité à retrouver immédiatement un nouvel emploi après chaque licenciement ou démission, dans une posture très volontariste, font effectivement dire à Monsieur H3 lors de l'entretien, qu'il a su construire son itinéraire d'une façon satisfaisante, promotionnelle, soucieuse des enjeux de santé et intégrant les multiples emplois occupés comme autant d'expériences enrichissantes et utiles à sa progression.

Il nous semble que malgré la perte d'informations concernant le sens de la mobilité dans la deuxième période d'emplois courts, la fiche synthèse SIP de Monsieur H3 est fidèle à cette dynamique et à ses liens avec la santé.

- De nombreux écarts sont constatés entre la fiche synthèse et les données de l'entretien concernant Madame I2, en terme de dates, de qualification de certaines périodes, de définition de l'emploi principal actuel (aide à domicile et non agricultrice). Nous n'avons pas d'hypothèse pour rendre compte de ces écarts, la situation professionnelle n'ayant pas changé, la dégradation de l'état de santé psychique déjà observée en 2006 s'est accentuée mais sans élément nouveau, la situation familiale est inchangée, il n'existe pas de troubles patents de la mémoire ni de réticence (bien au contraire) à l'entretien.

Deux périodes d'emplois courts sont décrites dans SIP en début et en milieu d'itinéraire. Madame I2 exerce différents métiers successifs ou parallèles à temps partiel ; son rapport à l'emploi apparaît étroitement articulé à la nécessité de travailler pour gagner sa vie, surtout dans les périodes de séparation (trois vies de couple) où elle doit assurer son autonomie financière ; les fins d'emplois sont – sauf dans un seul cas – liées à des fins de contrat ou à des licenciements économiques. Cependant, (là où la fiche synthèse SIP mentionne seulement une fin de contrat comme motif de fin de deuxième période d'emplois courts), Madame I2 indique avoir refusé une opportunité de CDI, en 1996, malgré sa situation socioprofessionnelle précaire, pour préserver sa santé psychique « en raison de la mauvaise ambiance et du stress » liés au comportement de l'employeur.

La priorité donnée à la vie familiale sur l'emploi apparaît également au travers des périodes d'inactivité choisie et de congé parental pour élever ses enfants.

Plus encore que la fiche synthèse SIP, l'entretien dessine pour Madame I2 un parcours professionnel déstructuré, haché, sans cesse remis en cause, fortement articulé avec sa vie familiale et personnelle jugée insatisfaisante, associé à une mobilité géographique et à une instabilité affective.

- Malgré les similitudes de formes quant au profil d'itinéraire et à l'état de santé actuel (troubles psychiques) décrits dans SIP, le rapport au travail de Madame E1, tel qu'il est apparu dans la post-enquête, diffère sensiblement du vécu de Madame I2.

La fiche synthèse restitue bien, en dépit de la précarité sociale et professionnelle, l'importance pour Madame E1 d'un travail investi, conforme à ses goûts (activité artistique, relations humaines).

Les deux périodes d'emplois courts auront à cet égard des significations radicalement différentes :

- Une première période d'emplois qualifiés d'« alimentaires », dont l'un est vécu comme délétère pour sa santé psychique, faisant dire à Madame E1 : « *si le contrat avait été plus long, j'aurais démissionné* ».
- Après une période de chômage, un second emploi court aidé (CES) lui convenant quant au contenu, au sens et à l'ambiance du travail (« *c'était moi* »), où elle dira s'être « *investie à fond, même en sachant la durée limitée, car le plaisir au travail était plus important que la précarité* ».

La santé psychique de Madame E1 (qui souffre de troubles de la personnalité et a des antécédents infanto-juvéniles de troubles psychiatriques) est décrite comme bonne sur cette période d'emploi court, perçu comme facteur d'équilibre et d'épanouissement.

Ces trois itinéraires « déstructurés », comprenant plusieurs périodes d'emplois courts, nous semblent recouvrir des significations différentes, quant aux divers déterminants du rapport à l'emploi, mais nous semblent montrer aussi, que, pour chacun, l'importance du rapport au travail (à son sens, à ses composantes relationnelles, à la psychodynamique de la reconnaissance) ne s'efface pas derrière la nécessité d'avoir un emploi et que la préservation de la santé, physique mais surtout psychique, n'est jamais absente des arbitrages, même dans les situations socioprofessionnelles les plus précaires.

3. La santé comme motif déclaré de fin d'emploi ou de changement de contenu de tâche ou de conditions de travail

À partir de l'interrogation sur les emplois et l'itinéraire professionnel, le questionnaire SIP explore le lien éventuel entre l'état de santé et la fin d'un emploi ou un changement déclaré important dans le contenu ou les conditions de travail en cours d'emploi (Questions E70-E71, E78-E79, A95-A96, A103-A104, EA117-EA118).

Pour douze des trente personnes de l'échantillon LEEST, les fiches synthèses SIP mentionnent des situations où un lien est établi entre une modification dans l'itinéraire professionnel et l'état de santé : il s'agit bien sûr des dix enquêtés de la sélection SL3, mais également de Madame E1 et de Monsieur B2 qui ont déclaré avoir quitté un emploi dans le souhait de préserver leur santé.

Il peut s'agir :

- De démission (Madame C3, Monsieur H3, Madame I3, Monsieur B2, Monsieur E3, Madame F3).
- De non reconduction d'un CDD (Madame E1).
- De départ anticipé à la retraite (Madame G3).
- D'interruption de l'activité professionnelle à la suite d'un accident du travail suivi d'une maladie (Monsieur A3, Monsieur J3).
- De cessation d'une activité indépendante (Madame I3, Madame F3).
- De licenciement (Monsieur E3, Mademoiselle B3).
- De passage à temps partiel avec invalidité première catégorie (Mademoiselle B3).
- D'un changement de statut et de métier (Monsieur D3).

L'analyse des données des trente entretiens de la post-enquête qualitative nous amènent à quelques constatations et interrogations :

- Un nombre plus important de personnes ont évoqué lors de l'entretien le souci de préserver leur santé comme motif de changements dans leur itinéraire professionnel (dix-neuf au lieu de douze).
- La dimension de la souffrance psychique et du lien fait entre « être bien au travail » et « être en bonne santé » a été fréquemment présente (plus souvent que dans SIP).
- Ce ne sont pas les personnes présentant les problèmes de santé les plus nombreux ou les plus sévères qui ont effectué un changement de travail pour raison de santé.
- Certains enquêtés ont évoqué des tentatives restées vaines de changement, envisagées pour préserver leur santé.

- Les raisons de santé évoquées comme motif de départ sont parfois différentes dans les entretiens et dans les fiches synthèses.
- Sauf exceptions, les services de santé au travail n'apparaissent pas impliqués dans les modalités de fin d'emploi ou de changement de poste pour raison de santé.

Nous avons été frappés par le nombre de « démissions pour raison de santé » (ou de licenciements ou de mutations) qui même en cas de pathologies avérées et potentiellement liées au travail – dorso – lombalgies de Monsieur H3 et de Monsieur B2, TMS de Monsieur D2 ; états dépressifs caractérisés dans un contexte de harcèlement moral au travail (pour Madame C3, Madame F2, Monsieur J2, Mademoiselle B3), HTA et accident vasculaire cérébral de Madame G3,... – n'ont fait l'objet d'aucune évaluation dans le cadre de la médecine du travail, ni d'aucune intervention en entreprise. Les personnes interrogées à ce sujet lors des entretiens indiquant seulement n'y avoir pas pensé, ignorer leurs droits, ne pas savoir que le médecin du travail pouvait dans certains cas prononcer une inaptitude médicale au travail à tel ou tel poste, en protégeant aussi les droits des salariés dans le processus de changement d'activité.

a) les écarts constatés

Si nous reprenons rapidement les écarts constatés entre fiches synthèses et données de l'entretien, nous notons :

a1. Raisons de santé non déclarées dans SIP

- Madame A1 : un refus de poursuivre en fin de CDD en raison du stress et de la pression ressentie (2004).
- Monsieur B1 : un changement d'équipe demandé et obtenu (2003) en raison de difficultés dans les relations de travail ayant retenti sur son état psychique (« *c'était la dépression ou la démission* »).
- Mademoiselle D1 :
 - un changement de poste demandé et obtenu (1989) pour quitter une situation de travail vécue comme éprouvante par confrontation à la violence (« *la peur au ventre* »),
 - un changement de contenu de tâche en 2006, en raison des effets délétères de sa surcharge objective.
- Madame E1 : en plus du changement signalé sur la fiche synthèse (1991), une fin de contrat en 1988 en raison de sa fragilité psychique.
- Monsieur F1 :
 - un changement d'entreprise (démission) en 1965 pour pouvoir retrouver un état de santé lui permettant de poursuivre des activités sportives investies, car se sentait épuisé par ses conditions de travail antérieures (« *cuit* », « *crevé* »),
 - une opportunité de cesser les 3/8 (fatigue croissante avec l'âge) en 1990, grâce à une promotion comme chef d'équipe.
- Madame H1 : une demande acceptée de mutation en 1978 pour fuir une situation de souffrance psychique en lien avec des relations de travail (santé vécue comme altérée, gastralgies).
- Monsieur D2 :
 - un changement de métier en 1988 par peur d'un accident de travail mortel s'il continuait comme chauffeur-routier,
 - un changement de contenu de tâche à sa demande en 2002, en raison de TMS (arrêt du travail sur refendeuse : « *les bras, ils n'en peuvent plus* »).
- Madame F2 : licenciement de 2006 « attendu » car « *n'en pouvait plus et voulait partir* » en raison d'un état dépressif lié à un harcèlement managérial (refusait de démissionner).
- Madame I2 : fin de CDD en 1996 (refus de signer le CDI proposé) pour préserver sa santé psychique.
- Monsieur J2 : mutation en 2002 pour préserver sa santé psychique dans une situation de harcèlement avéré.

a2. Raisons de santé invoquées différentes :

- Mademoiselle B3 : licenciée à cause de ses crises comitiales, mais qui souhaitait partir à cause d'une dépression en lien avec des problèmes dans les relations de travail.
- Madame C3 : en 2002, démission déclarée dans l'entretien comme liée à un état dépressif dans un contexte de harcèlement (et non à un lumbago).
- Madame F3 : n'a jamais évoqué lors de l'entretien le souhait de préserver sa santé comme motif des démissions de 1973 et 1975 mais un licenciement économique en 1973 et un désir de création d'entreprise en 1975 (nous retrouvons ici le manque de fiabilité déjà noté sur d'autres points dans les déclarations de cette enquêtée, souffrant de troubles mnésiques).
- Madame G3 : deux motifs de santé évoqués dans l'entretien pour la retraite anticipée de 2003 : hypertension artérielle due au stress professionnel mais aussi incontinence urinaire post-chirurgicale impossible à gérer dans son activité.

Ce sont donc les problèmes de « santé mentale » qui nous semblent sous-déclarés dans SIP comme motifs de changement, et plus précisément le souhait de préserver sa santé psychique ... avant de tomber malade.

Notre attention particulière au rapport subjectif au travail lors des entretiens a pu faciliter, plus que les conditions de passation du questionnaire SIP, l'expression de la dimension « souffrance ou plaisir au travail » et de ses liens avec la construction de l'itinéraire professionnel. Néanmoins, il ne nous semble pas avoir surévalué les motifs de départ en lien avec le souhait de préservation de la santé psychique.

b) le plaisir au travail : opérateur de santé ou facteur de risque ?

La post-enquête qualitative a permis de mettre en évidence certaines situations de changements souhaités pour des raisons de santé voire demandés mais non réalisés, cette impossibilité de mobilité étant vécue comme un *risque potentiel*, voire déjà comme un dommage, pour la santé physique ou psychique. C'est le cas de Monsieur C1, de Madame D1, de Madame H1, de Monsieur B2 et de Monsieur E3.

Si l'impossibilité de pouvoir changer d'emploi, de poste ou de conditions de travail, lorsque la situation est perçue comme délétère par l'intéressé, apparaît aux enquêtés comme un indéniable facteur de risque pour la santé, nous nous sommes posés la question de l'efficacité réelle des stratégies de recours à la mobilité comme moyen de préservation de la santé.

Quitter son emploi, changer de poste ou de métier dans « le souhait de préserver sa santé » suppose de déjà souffrir psychologiquement ou physiquement de certains aspects des conditions de travail actuelles.

Les douleurs, la fatigue, les symptômes physiques de stress, la souffrance psychique, parfois la peur, sont les problèmes de santé perçus, le plus souvent encore infra-cliniques mais devenus insupportables, qui ont été généralement invoqués comme « déclencheurs » du projet de changement. Le désir de changement porte le plus souvent sur le vécu du travail, pas sur la connaissance des risques professionnels et le souci de les éviter. Les risques scientifiquement prouvés mais *qui ne font pas souffrir* n'ont jamais été mentionnés comme motifs de changements.

Se plaire au travail, s'y sentir « *moralement bien* », « *aimer ce qu'on fait* », « *essayer de faire ce qu'on aime* », ... sont des motivations fréquemment exprimées pour rendre compte des choix opérés au cours de l'itinéraire professionnel. Les liens entre plaisir au travail et bien être psychique mais aussi santé physique sont spontanément établis par les enquêtés.

La disparition, après changement, des symptômes de souffrance psychique, voire de troubles somatiques liés au « stress professionnel » (hypertension artérielle, tachycardie, gastralgies, TMS...), va bien dans le sens de ce lien santé – plaisir au travail.

Cependant, il nous est venu de nous interroger, à l'inverse, sur les liens éventuels entre plaisir au travail... et déni des risques professionnels.

Au sujet, par exemple de Monsieur B1 dans son activité de menuisier, quand « *l'odeur des copeaux* » masque l'exposition aux poussières de bois ; de Monsieur F1, fier de son savoir-faire de métier et de la renommée de son entreprise dans la fabrication de raccords plastiques l'exposant au plomb ; de Madame G1, institutrice investie dans son métier jusqu'à l'épuisement ; de Monsieur J1, se plaisant dans son activité de tôlier-soudeur, désormais exercée « à son compte », « surbooké » mais ne comptant plus son temps et ne se préoccupant de moyens (inadaptés) de prévention contre les fumées de soudure et le bruit que quand il ressent « *de la gêne* » ; ou encore de Monsieur C2, artisan mouleur-décorateur, qui fabriquera « *10 à 15h par jour* » avec passion mais sans aucune précaution ses moules de caoutchouc potentiellement cancérogènes et manipulera sans aide technique des tonnes de sacs de plâtre...

Comme le dit à sa façon Monsieur H3 : « *il y a un impact différent sur la fatigue et la douleur selon que l'on fait quelque chose que l'on aime ou une corvée* », ou encore Madame G2 : « *Quand vous faites quelque chose qui vous plaît, on ne se pose pas la question de sa santé... On ne sent rien... Tout devient douloureux quand c'est contraignant* ».

Aimer son travail...

Jusqu'à ignorer les signaux d'alerte, que sont précisément la fatigue et la douleur ?

Jusqu'à dénier les risques professionnels ?

Jusqu'à rester « jusqu'au bout » dans une situation délétère ?

4. Les modalités de gestion de l'itinéraire professionnel

Au-delà des parcours marqués par la mobilité interne ou externe, l'analyse des trente entretiens a suscité quelques étonnements, au regard de notre expérience professionnelle de cliniciens centrée sur des salariés s'adressant aux services de santé au travail ou aux consultations de pathologies professionnelles pour trouver des issues à des problèmes de santé mis en lien avec le travail.

a- L'absence de médicalisation des parcours

Nous avons été frappés, nous l'avons dit, chez les trente enquêtés se trouvant confrontés dans leur travail à des problèmes de santé, du « faible taux de médicalisation » du parcours professionnel, en terme de poste adapté, d'inaptitude, de reclassement professionnel, de temps partiel avec invalidité première catégorie, d'allocation adulte handicapé,...

- Un seul enquêté a « bénéficié » d'une sortie d'emploi au titre de l'inaptitude médicale définitive à tout poste dans l'entreprise (Monsieur E3) et deux autres d'une reconnaissance MDPH de travailleur handicapé en milieu ordinaire (Monsieur A3, suite aux séquelles de son accident du travail, avec réorientation-réadaptation professionnelle ; Mademoiselle B3, en raison de ses troubles comitiaux, avec temps partiel et poste de travail aménagé et pension d'invalidité première catégorie).

- Quatre personnes nous ont indiqué par ailleurs avoir, à un moment ou à un autre de leur parcours professionnel, signalé à leur médecin du travail l'impact de la situation de travail sur leur santé physique ou psychique, sans que cela n'entraîne d'intervention dans l'entreprise, d'aménagement de poste ni d'accompagnement vers un changement d'emploi au titre de la préservation de la santé : ce fut le cas, pendant des années, de Monsieur E3 pour ses troubles musculo-squelettiques et sa sinusite chronique (« *toujours apte, apte que vous vous plaignez ou non, apte quel que soit le poste* »), de Monsieur D2, pour ses troubles musculo-squelettiques (mais il n'y aura jamais ni visite dans l'entreprise, ni déclaration professionnelle par le médecin du travail).

C'est le cas également de Mademoiselle B3 lors de sa dépression mise en lien avec les relations de travail (« *il ne dit rien* ») et, pour les mêmes motifs, de Madame A1, qui verra valider par le médecin du travail le lien santé – travail... et conseiller le départ volontaire de l'entreprise.

Les enquêtés nous sont apparus le plus souvent seuls, sans appui dans le champ de la santé au travail ou du droit du travail, face aux décisions à prendre concernant leur itinéraire professionnel autour d'enjeux de santé physique ou psychique, sans mention non plus, d'ailleurs, d'un recours aux représentants du personnel ou des syndicats.

Il faut noter la place importante de l'entourage familial dans ces arbitrages, en particulier le rôle du conjoint soutenant et partie prenante, sauf exception (Monsieur J2, dont la décision de déménagement pour raison professionnelle s'accompagnera d'un divorce).

Les issues les plus fréquentes face à des problèmes de santé sont la démission ou le licenciement « économique » attendu comme un soulagement, à défaut de mobilité interne envisageable.

b- La création d'entreprise

D'une façon générale, dans la gestion des itinéraires professionnels, nous avons été frappés par la fréquence des prises de risque au travers des décisions de démissions mais aussi des projets de création d'entreprise.

Selon les données de l'entretien, treize enquêtés sur trente ont démissionné d'un emploi au moins une fois dans leur itinéraire professionnel (en lien ou non avec leur santé) et certains à trois ou quatre reprises (cinq dans la sélection SL1, deux dans la sélection SL2, six dans la sélection SL3).

Dix sur trente se sont lancés dans un projet de création d'entreprise soit par lassitude de ne pas trouver d'emploi salarié stable, en particulier après plusieurs expériences de chômage (Monsieur B1 ; Monsieur A2 ; Madame G2), soit, plus fréquemment, pour pouvoir exercer une activité professionnelle choisie dans des conditions de travail échappant aux contraintes du salariat (Madame E1 ; Monsieur J1 ; Monsieur C2 ; Monsieur D2 ; Madame C3 ; Madame F3 ; Madame I3).

Seul Monsieur B1 renoncera à ce projet à l'issue d'un stage d'installation à la chambre des métiers, en raison des contraintes jugées trop lourdes d'investissement et de gestion.

Et quatre de ces entreprises déposeront le bilan (Monsieur A2, Monsieur D2, Madame I2) ou seront cédées pour raison de santé (Madame I3).

c- « L'issue maternité »

Souvent évoquée comme mode de fuite d'une situation de travail jugée délétère, « l'issue maternité » ne nous est pas apparue comme recours explicite chez les femmes enquêtées, dont certaines ont, en revanche, mentionné les modifications intervenues à leur demande dans leurs conditions de travail, dans la suite des naissances ou d'une adoption, temporairement au travers d'un congé parental, d'une période d'inactivité ou de chômage sans réelle recherche d'emploi (Madame G1, Madame H1, Madame I2, Madame F3, Madame G3) ou plus durablement par réduction du temps de travail (temps partiel choisi pour Madame G1 et Madame H1) ou par réduction de la quantité de travail (Madame G2).

d- La fin de la carrière

« L'effet âge » a été exprimé clairement par plusieurs personnes lors de la post-enquête comme ayant modifié ou modifiant actuellement leur rapport au travail, au travers d'une fatigabilité plus grande, d'une usure, d'une moindre capacité de récupération, d'une plus grande sensibilité à la pression managériale ou temporelle, d'une augmentation de fréquence ou d'intensité des gênes fonctionnelles et des douleurs (Monsieur C1, Madame D1, Monsieur F1, Madame G1, Madame H1, Monsieur D2, Madame I2, Monsieur D3).

Cette perception des effets du vieillissement, en lien avec la santé et en terme d'adaptation au poste occupé, a conduit certains des enquêtés à demander une modification de leurs conditions de travail (Monsieur F1 souhaitant cesser les 3/8, Monsieur D2 demandant un changement de poste à 55 ans), d'autres à se réjouir d'un changement imposé (suppression de travail de nuit pour Madame D1), et, en fonction de l'âge, à aspirer à la retraite (Monsieur C1, Monsieur D2), ou à s'inquiéter de leur capacité à « durer » en cas d'absence de possibilité de changement de poste, d'emploi ou de conditions de travail (Madame D1, Madame G1, Madame H1, Madame I2).

e- Le recours à la formation

Au travers des trente entretiens, le recours à la formation n'est pas apparu comme une voie fréquemment empruntée volontairement pour faciliter une mobilité professionnelle ou une progression promotionnelle, en cours d'itinéraire.

Cinq des enquêtés ont, à leur demande, suivi une formation visant à changer de métier : Monsieur B1, pour devenir électricien ; Monsieur E3 pour devenir mécanicien d'engins de chantier ; Madame F3 pour devenir ambulancière ; Monsieur J3 pour devenir garde-pêche ; Monsieur D3 pour devenir dessinateur industriel.

Bien que réussies, les formations qualifiantes de Messieurs D3 et E3 ne déboucheront sur aucune possibilité de reconversion.

Deux des enquêtés se sont vu imposer une formation de retour à l'emploi par l'ANPE dans un secteur d'activité ne correspondant pas à leur orientation initiale (Monsieur B1, pour le métier de conducteur poids-lourds et Madame C3 pour la soudure).

Enfin, Monsieur A3 a dû suivre une formation de reconversion et de réadaptation professionnelle post-accident de travail, établissant « *son nouveau profil* ».

Les fréquentes formations suivies par Madame G1 et Monsieur I1 s'intègrent, quant à elles, dans une dynamique de formation continue, d'approfondissement des connaissances dans le champ de leur métier.

f- Postures actives, adaptatives, passives ?

Il nous semble que se dessinent, au travers des entretiens, deux profils différents de mode de construction de l'itinéraire professionnel, qui renvoient partiellement à l'évaluation faite dans SIP sur le sentiment de maîtrise et de satisfaction exprimé dans le bilan sur l'itinéraire professionnel.

- Un profil « actif », où le rapport au travail (à son sens pour le sujet, à la qualité des conditions de travail) passe avant le rapport à l'emploi (son inscription dans la durée, son statut protégé), avec des prises de risque assumées.

- Un profil « adaptatif », où un équilibre est recherché dans des marges de manœuvres restreintes en terme de mobilité interne ou externe, en raison du poids des nécessités « alimentaires », et des aléas du marché de l'emploi, mais où les enjeux de santé et de plaisir au travail ne sont pas absents des arbitrages.

- Nous n'avons pas retrouvé lors de la post-enquête qualitative un profil « passif » de rapport à l'itinéraire professionnel, apparaissant « subi » sans marges de manœuvre aucune ou sans utilisation de celles-ci, même au prix d'altération de la santé et de perte de tout plaisir au travail, tels qu'ils nous arrivent d'en rencontrer dans le cadre de notre pratique de cliniciens en santé au travail.

Seuls Monsieur E3 et Monsieur C1 nous ont évoqué de prime abord cette absence totale de maîtrise sur l'itinéraire professionnel et de plaisir au travail. Effectivement, le bilan de SIP sur l'itinéraire professionnel va dans ce sens (Monsieur C1 cotant à 5/10 son sentiment de maîtrise et à 4/10 sa satisfaction ; Monsieur E3 notant à 2/10 son sentiment de maîtrise et à 2/10 sa satisfaction).

Néanmoins, à l'analyse plus approfondie de ces deux histoires de vie et de travail, il nous semble que ce ressenti de « parcours subis » renvoie davantage aux obstacles rencontrés dans les différentes tentatives effectuées pour modifier la situation de travail, à la confrontation à des impasses dans les voies empruntées pour sortir de situations perçues comme délétères et donc à l'échec des actions entreprises pour tenter de concilier obligations financières, enjeux de santé et investissement professionnel, plus qu'à une réelle « posture passive » face aux contraintes d'emploi et aux conditions de travail.

VI e- Les conditions de travail dans l'emploi actuel ou récent

Le questionnaire SIP explore les caractéristiques des conditions de travail de l'emploi occupé au moment de l'interview INSEE ou peu avant (questions EA101 à EA118).

Nous avons constaté peu d'écarts entre les données de l'entretien de la post-enquête qualitative et les informations résumées dans les fiches synthèses, concernant la situation de travail de 2006.

Nous avons pu avoir accès aux réponses détaillées à la question EA113.

Dans certains cas (Madame D1, Madame G1, Madame H1), une évolution négative de la situation de travail courant 2007 a manifestement conduit les enquêtées à affirmer plus fortement lors de l'entretien les points négatifs déjà mentionnés fin 2006 ou à nuancer les points positifs exprimés à l'époque, mais sans que la description des conditions de travail en soit profondément modifiée.

Trois situations appellent cependant quelques commentaires :

- L'écart constaté pour Monsieur B1 entre les déclarations dans SIP (centrées sur la pénibilité) et les conditions de travail jugées bonnes lors de l'entretien nous semblent refléter l'écart entre les caractéristiques « objectives » du poste occupé en terme de contraintes et l'expression d'un rapport subjectif positif à ce nouvel emploi (« *ne pas trouver les contraintes pesantes* »).

- Dans le même sens, pour Monsieur D2, la sous déclaration dans SIP en 2006 de l'exposition aux toxiques (« parfois ») peut, nous semble-t-il, renvoyer à un déni de risques professionnels majeurs, déni levé au moment de la post-enquête en raison de l'évolution de l'état de santé et de la situation de travail courant 2007 : Monsieur D2 était en retraite, après avoir subi une néphrectomie pour cancer du rein diagnostiqué en mars 2007 et mis en lien par Monsieur D2 avec son exposition prolongée et massive à différents produits toxiques (solvants en particulier).

- Enfin, l'écart constaté entre données de l'entretien et données de la fiche synthèse concernant Madame I2 renvoie à l'écart concernant la profession envisagée, Madame I2 n'ayant évoqué lors de l'entretien que son activité d'aide à domicile, et non le métier d'agricultrice.

VI f- La santé

L'analyse comparative des trente entretiens et des fiches synthèses fait apparaître certains écarts concernant :

- le nombre de pathologies déclarées,
- la description dans SIP en tant que « gênes fonctionnelles ou douleurs » et non en tant que maladies d'un certain nombre de problèmes de santé relevant de pathologies caractérisées,
- le lien établi, ou non, entre problèmes de santé et conditions de travail.

Les écarts les plus fréquents concernent :

- la santé mentale actuelle et passée,
- les troubles musculo-squelettiques et dorso-lombalgiques,
- les « petits » accidents du travail qui apparaissent sous déclarés dans SIP, au regard des données des entretiens.

1- Santé déclarée et liens établis avec le travail

Nous commencerons par examiner la déclaration des problèmes de santé et celle des liens établis avec le travail avant de formuler quelques hypothèses pour tenter de rendre compte des écarts constatés.

a) *S'agissant de la sélection SL1 de l'échantillon LEEST*, aucune maladie, handicap ou accident n'a été déclaré dans SIP.

Néanmoins, pour six enquêtés sur dix, les fiches synthèses mentionnent des réponses au questionnaire SIP attestant de problèmes de santé actuels :

- soit dans le champ de la santé mentale (réponses au MINI avec mise en évidence de troubles dépressifs et/ou anxieux pour Madame A1, Madame E1, Madame G1),

- soit dans la rubrique des gênes fonctionnelles, douleurs, troubles du sommeil et usage de médicaments (pour Madame A1, Monsieur B1, Madame E1, Monsieur F1, Madame H1),
- soit dans l'évaluation de la santé globale (mini module européen) où l'état de santé est déclaré moyen (Monsieur F1).

Lors des entretiens, nous aurons confirmation de ces problèmes de santé signalés dans ces réponses au questionnaire et plusieurs enquêtés mentionnent par ailleurs d'autres pathologies non déclarées lors de l'interview INSEE bien que figurant sur la carte des maladies SIP :

- Monsieur B1, sinusite chronique, hypercholestérolémie, tendinites, hypertension, maux de tête fréquents,
- Monsieur C1 : problèmes oculaires,
- Madame D1 rhinite allergique, surdité partielle,
- Monsieur F1, troubles du sommeil, hernies discales, céphalées chroniques, lombalgies, varices
- Madame G1, hyperthyroïdie, migraines,
- Madame H1, dorsalgies, acouphènes, hypercholestérolémie
- Monsieur J1, problèmes pulmonaires

Certains de ces problèmes de santé ont été déclarés comme « gêne fonctionnelle » ou « douleur » ou « trouble du sommeil », sans que le lien ne soit fait avec une pathologie caractérisée dont ces troubles sont les symptômes.

Par ailleurs, quatre personnes de la sélection SL1 feront état, dans leurs antécédents, d'accidents du travail bénins, sans séquelles ni conséquences pour l'itinéraire professionnel (Monsieur B1, Monsieur C1, Madame D1, Monsieur I1).

Enfin, six des enquêtés SL1 établiront explicitement en cours d'entretien un lien entre un événement de santé et leurs conditions de travail (Madame A1, état dépressif ; Monsieur B1, tendinites et lombo-sciatiques ; Madame G1, état dépressif et épuisement ; Madame H1, stress) ou entre un problème de santé et leur itinéraire professionnel (Monsieur C1, problème visuel et renoncement au métier d'ambulancier ; Monsieur F1, épuisement et changement d'emploi).

La notion de « fatigue », de fatigabilité, qu'elle soit attribuée à l'âge ou au travail, est fréquemment revenue au cours des entretiens, ici pour Monsieur C1, Madame D1, Monsieur F1, Madame G1 et Madame H1.

Concernant les problèmes de consommation de tabac et d'alcool, aucun écart notable n'est observé entre données de l'entretien et réponses à l'auto-questionnaire.

b) S'agissant de la sélection SL2 de l'échantillon LEEST, chaque enquêté avait déclaré dans SIP au moins un événement de santé (maladie, handicap ou accident) sans établir de lien avec le travail.

Comme pour les enquêtés de la sélection SL1, nous retrouvons chez certaines personnes un écart concernant les problèmes de santé entre les données de l'entretien et de la fiche synthèse, dans le sens :

- d'une sous déclaration dans SIP de pathologies figurant pourtant dans la carte des maladies,
 - Monsieur A2 : hypercholestérolémie,
 - Monsieur B2 : problèmes psychiques, cervicalgies, lumbago,
 - Monsieur C2 : tendinite, angine de poitrine, une autre localisation cancéreuse,
 - Monsieur H2 : acouphènes, lombo-sciatiques, épicondylite.
- d'une non déclaration dans SIP comme maladie (dépression) d'épisodes dépressifs pourtant dépistés par le MINI dans certains cas (Madame E2, Monsieur H2, Madame I2) ou relatés pendant l'entretien concernant la situation de 2006, ou les antécédents (Monsieur J2, Monsieur C2).
- d'une déclaration comme « gênes fonctionnelles, douleurs, troubles du sommeil », de symptômes renvoyant en fait à des pathologies caractérisées en particulier musculo-squelettiques (Monsieur C2) ou mentales (Monsieur D2, Madame F2, Monsieur B2).

Il faut signaler en revanche, la mention dans SIP d'un « handicap » ne correspondant pas à la définition habituelle du terme (Monsieur B2 : décès de sa grand-mère et hernie inguinale dans l'enfance).

Trois personnes de la sélection SL2 ont mentionné au cours de l'entretien la survenue d'accidents du travail bénins et sans conséquence sur l'itinéraire professionnel, non déclarés dans SIP (Monsieur A2, Monsieur C2, Madame I2).

Concernant la consommation d'alcool et de tabac, on constate de rares écarts allant dans le sens d'une déclaration dans l'auto-questionnaire de consommation passée ou actuelle non mentionnée pendant l'entretien (Monsieur B2, Madame E2, Madame F2) ou d'une non réponse au questionnaire, là où un important tabagisme passé est mentionné dans l'entretien (Monsieur H2).

Quatre enquêtés SL2 ont établis explicitement un lien n'apparaissant pas dans la fiche synthèse entre un événement ou un problème de santé et les conditions de travail (Monsieur A2, bronchite chronique asthmatiforme, signalé dans la fiche synthèse ; Monsieur B2, dorsalgies, troubles digestifs, stress ; Monsieur D2, troubles musculo-squelettiques ; Madame F2, état dépressif).

c) S'agissant de la sélection SL3 de l'échantillon LEEST, chaque personne a établi explicitement au moins un lien entre un événement de santé et un événement de l'itinéraire professionnel.

La sous déclaration dans SIP de pathologies pouvant être incluses dans la liste de la carte des maladies et mentionnées pendant les entretiens concernent surtout ici la santé mentale et les troubles musculo-squelettiques :

- Monsieur A3 : épisode dépressif passé,
- Mademoiselle B3 : épisode dépressif passé,
- Madame C3 : épisode dépressif passé,
- Monsieur D3 : épicondylite,
- Monsieur E3 : épicondylite, sinusite chronique,
- Madame F3 : hernie discale cervicale,
- Madame G3 : problèmes urinaires et génitaux (incontinence urinaire post-hystérectomie, céphalées chroniques, troubles du sommeil chroniques, accident vasculaire ischémique cérébral transitoire,
- Madame I3 : épisode dépressif passé,

Un seul enquêté SL3 a signalé lors de l'entretien un accident du travail non mentionné dans SIP, sans séquelles ni conséquences sur l'itinéraire professionnel (Monsieur E3).

Les entretiens retrouvent les liens entre santé et travail déclarés dans SIP et mentionnés dans les fiches synthèses, avec, en plus, pour certains enquêtés des relations de cause à effet établies entre la situation de travail et la survenue d'un épisode dépressif évoqué lors de la post-enquête (Monsieur A3, Mademoiselle B3, Madame C3, Madame I3).

L'épicondylite mentionnée par Monsieur E3 a été reconnue comme maladie professionnelle.

Concernant la consommation d'alcool et de tabac, deux écarts sont constatés : la mention lors de l'entretien de conduites addictives avec un non-renvoi de l'auto-questionnaire (Madame I3) et la déclaration dans l'auto-questionnaire d'une consommation d'alcool non mentionnée dans l'entretien (Monsieur D3).

Il faut signaler le cas particulier de Madame F3 (Annie), où pour les déclarations concernant la santé et les liens établis avec le travail, nous retrouvons les mêmes écarts importants que pour les autres axes d'interrogation de SIP (itinéraire professionnel, changements,...) avec l'hypothèse d'un effet « mémoire » de dimension pathologique (perçu et signalé comme tel par l'intéressée).

2- Santé, travail et itinéraire professionnel : hypothèses concernant les écarts constatés entre approche quantitative et approche qualitative

Plusieurs facteurs nous semblent pouvoir rendre compte des écarts constatés entre données des entretiens et réponses au questionnaire SIP.

a) La sous-déclaration des troubles psychiques

Trois cas de figure se sont présentés lors de la post-enquête :

- les troubles de la personnalité,
- les épisodes dépressifs passés,
- les troubles dépressifs et anxieux actuels.

a) 1- Les troubles de la personnalité

Qu'ils aient donné lieu à des soins spécialisés (Madame E1), à une approche psychanalytique sur le long terme (Madame D1) ou qu'ils ne bénéficient pour l'instant d'aucun soin (Monsieur B2), certains troubles psychiques sont perçus par les intéressés comme une souffrance psychique issue de leur histoire personnelle et étroitement liée à leur personnalité.

Ces trois enquêtés ont conscience de l'impact des symptômes dont ils souffrent sur leur itinéraire professionnel comme de leur possible aggravation dans certaines situations de travail et ils ont pu expliciter ces liens sans difficulté dans le cadre d'une approche compréhensive centrée sur leur rapport subjectif au travail.

Néanmoins, aucun d'entre eux ne se sent ni « malade », ni « handicapé » et Madame E1 considère au contraire que son équilibre psychique est en nette amélioration ces dernières années.

Dans ce contexte, on peut comprendre que ces personnes ne se soient pas senties concernées par une déclaration de maladie dans le champ de la santé mentale.

a) 2- Les épisodes dépressifs passés

Sur les trente enquêtés, seule Madame F3 (Annie) a déclaré dans ses antécédents une dépression nerveuse en tant que maladie.

Or, lors des entretiens, dix des enquêtés feront état d'antécédents dépressifs, au sens où ils décriront des symptômes caractérisant un épisode dépressif majeur mais sans toujours le « nommer » explicitement : c'est en notre qualité de médecin que le diagnostic d'état dépressif nous paraît évident.

On retrouve ici, nous semble-t-il, les notions de sous-évaluation des troubles dépressifs en population générale, tels qu'ils sont attestés par les études épidémiologiques.

a) 3- Les troubles dépressifs et anxieux actuels

La même hypothèse peut être formulée pour la non-déclaration dans SIP en tant que maladie des troubles dépressifs ou anxieux actuels pourtant dépistés au MINI et/ou retrouvés lors de l'entretien, ou dont certains symptômes (troubles du sommeil) apparaissent dans les réponses aux questions S125 - S126.

Lors des entretiens, des troubles psychiques actuels patents, dépressifs ou anxieux actuels, sont par ailleurs apparus déniés par certains intéressés (Madame C3, Monsieur C1) avec pour Madame C3 le biais évident créé par la présence d'un tiers.

b) La sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques et des lombalgies

Là où la carte des maladies SIP fait une large place à la description des maladies ou problèmes concernant les os et les articulations, la comparaison des réponses au questionnaire et des données des entretiens fait apparaître une sous-déclaration des troubles musculo-squelettiques, des dorsalgies, des lombalgies en tant que maladie.

Il nous semble repérer un phénomène comparable à ce qui se joue pour les troubles psychiques : perçus comme « gêne fonctionnelle » ou « douleurs » (et déclarés comme tels dans SIP) les troubles actuels ne sont pas pris en compte comme symptômes d'une maladie caractérisée.

S'ajoutent deux autres dimensions qui nous semblent valoir pour les troubles passés comme pour les troubles actuels :

➤ Lorsqu'ils sont perçus comme inhérents à l'exercice du métier, ces troubles sont considérés comme « normaux », « *fatalement* » liés à l'activité, à l'effort consenti, et ne pas valoir la peine d'être déclarés comme pathologies, là où, en tant que médecins, les enquêteurs repèrent des tableaux cliniques relevant de la nomenclature des maladies,

➤ Lorsqu'ils n'ont pas été officiellement déclarés et reconnus comme maladie professionnelle ou accident du travail, ces problèmes chroniques ou aigus de santé n'acquièrent pas, dans l'esprit des enquêtés, une légitimité suffisante pour être considérés comme maladies ou d'accidents « déclarables ».

c) « Risques du métier » et sous déclaration des problèmes de santé et des liens avec le travail

Il nous a semblé que le fait de pouvoir envisager un lien entre un problème de santé et l'exposition à un risque professionnel connu conduisait l'intéressé à minimiser tout à la fois le risque et l'altération de la santé, et cela aussi bien pour les professions exercées par le passé que dans le métier actuel, et ce d'autant plus que le métier est investi ou que les possibilités de changements de conditions de travail ou d'emploi sont limitées.

La question du déni de perception des risques professionnels, comme stratégie défensive inconsciente permettant de continuer à faire son travail en jugulant la peur a été bien étudiée en psychodynamique du travail.

En revanche, la place du plaisir au travail dans le cadre d'une activité professionnelle investie comme facteur de banalisation voire de déni des risques et des atteintes à la santé, est à notre connaissance moins bien documentée.

Le fait d'être sortis de la situation de travail (changement d'emploi, de conditions de travail ou retraite) s'accompagne chez certains enquêtés d'une possibilité d'évoquer a posteriori certains des risques professionnels auxquels ils ont été exposés et les problèmes de santé passés. Mais nous formons l'hypothèse que le déni peut persister (et donc conduire à une sous-déclaration dans les rubriques santé et conditions de travail) bien au-delà de la fin de l'activité professionnelle quand le danger n'est pas encore écarté, en raison du long délai de latence entre l'exposition aux risques et la survenue éventuelle d'une pathologie professionnelle, cancéreuse en particulier (solvants, plomb, poussières de bois, caoutchouc,...).

Quand le « malheur » est arrivé et imputé a posteriori aux conditions de travail (comme dans le cas de Monsieur D2 et de son cancer du rein diagnostiqué entre l'interview INSEE et la post-enquête), le discours se modifie, abordant clairement les risques pour la santé encourus dans le parcours professionnel (exposition aux toxiques).

Là où la santé est « encore » bonne (Monsieur F1), le discours souligne les bonnes conditions de prévention mises en œuvre dans l'entreprise (surveillance des plombémies) mais surtout l'efficacité des savoir-faire de métier individuels (« *la méthode... travailler proprement* »).

Enfin, les liens entre santé et travail nous semblent plus facilement perçus et déclarés lorsqu'ils renvoient à des situations de travail jugées « anormales », non justifiées par les contraintes du métier lui-même, en lien avec les techniques managériales et l'organisation du travail.

C'est fréquemment le cas pour les problèmes de santé mentale décrits le plus souvent en terme de souffrance psychique et ayant parfois conduit à des changements dans l'itinéraire professionnel.

d) Visibilité sociale croissante des risques psycho-sociaux et des pathologies professionnelles d'hyper-sollicitation

La prise de conscience par l'intéressé des risques professionnels et des altérations de la santé du fait du travail, et donc leur possible déclaration, va dépendre aussi de leur visibilité dans le champ social.

Il nous semble, s'agissant des troubles psychiques comme des troubles musculo-squelettiques, que l'évolution récente du débat scientifique et social sur ces thèmes de santé publique contribue, contrairement à d'autres pathologies, à faciliter chez les travailleurs concernés l'identification des troubles et leur mise en lien avec les situations de travail.

La question des risques professionnels dits « psycho-sociaux » a fait l'objet ces toutes dernières années de débats dans la sphère publique, en particulier autour de la notion de harcèlement et de la médiatisation de situations de suicides survenus sur les lieux de travail. Le développement de consultations de « Souffrance au travail » est

désormais connu du public, la diffusion des connaissances par le biais d'articles de presse, d'émissions télévisées, de films, les modifications législatives effectuées récemment, les études en cours avec les partenaires sociaux sur les mesures « préventives » à adopter, ...sont autant de facteurs à prendre en compte dans ce qui peut libérer la parole des salariés sur ce sujet.

Il est possible que la visibilité sociale de la souffrance psychique au travail se soit accrue en un an d'une façon sensible et suffisante à expliquer l'abord spontané plus facile des questions de santé mentale mise en lien avec le travail à l'époque de la post-enquête.

La situation est comparable pour les TMS et lombalgies, dont la fréquence croissante est désormais publiquement reconnue et mise en lien avec l'intensification du travail et qui font l'objet de campagnes d'information grand public et de programmes d'intervention dans le champ de la prévention et du maintien dans l'emploi : il est possible qu'en un an, la perception et l'identification de ces problèmes de santé et de leurs liens avec le travail se soient encore accrues et expliquent pour une part la désignation plus grande de ces pathologies, en tant que telles, lors de la post-enquête.

e) Évolution de la santé ou de la situation de travail entre l'interview INSEE et la post-enquête qualitative

- Huit des trente enquêtés ont connu une évolution de leur situation de travail courant 2007 :

- Madame A1 : démission et changement de métier.
- Monsieur D2 : retraite après 4 mois d'arrêt de travail pour une maladie imputée au travail.
- Madame E2 : arrêt maternité et projet de changement d'emploi et de métier.
- Monsieur H2 : retraite.
- Monsieur J2 : changement d'emploi et déménagement pour raison professionnelle.
- Monsieur A3 : fin d'arrêt maladie post-accident du travail ; recherche d'emploi.
- Monsieur E3 : invalidité deuxième catégorie.
- Madame F3 : reprise du travail après arrêt maladie.

Cette évolution de la situation de travail a un lien avec une évolution de la santé pour six d'entre eux :

- dégradation de l'état de santé ayant conduit à une cessation de l'activité professionnelle (Monsieur E3, Monsieur D2), à un projet de reconversion après congé maternité (Madame E2),
- amélioration de l'état de santé permettant la reprise du travail dans des conditions modifiées (Madame F3) ou la recherche d'emploi (Monsieur A3),
- amélioration de l'état de santé consécutive à un changement d'emploi (Madame A1).

Les évolutions survenues courant 2007 ont, nous semble-t-il, pu modifier le regard porté sur l'itinéraire professionnel et les problèmes de santé pour deux personnes seulement (Monsieur D2 et Madame F3), dans le sens d'une correction des sous-déclarations dans SIP pour le premier et d'une évaluation au contraire moins péjorative de la santé et de l'itinéraire pour Madame F3 (sans pouvoir cependant dans ce dernier cas rendre compte de l'ensemble des écarts constatés).

- Pour quatre des autres enquêtés, si l'emploi occupé est resté le même, le rapport subjectif au travail a évolué, dans le sens d'une dégradation entraînant une souffrance psychique et soulevant pour certains la question d'un changement éventuel dans l'itinéraire professionnel : Madame D1, Madame G1, Madame F1, Monsieur B2.

Cette évolution négative du vécu de travail et de ses liens avec la santé peut, nous semble-t-il, rendre compte d'une modification du regard porté sur l'itinéraire professionnel en terme de maîtrise et de satisfaction par Madame D1 et Monsieur B2, et de l'écart constaté dans les déclarations concernant la santé pour Madame G1.

- Des évolutions de la santé sans modification de la situation de travail sont survenues pour quatre enquêtés : Madame F1 (nouvelle localisation cancéreuse), Madame I2 (fatigue importante), Madame C3 (troubles musculo-squelettiques), Monsieur J3 (disparition des troubles dépressifs). Nous ne notons cependant pas d'influence de cette évolution de la santé sur l'appréciation portée lors de l'entretien sur l'itinéraire, la santé et la situation décrites en 2006.

Il nous semble que les modifications constatées lors de la post-enquête dans la perception et l'évaluation de l'itinéraire professionnel, des conditions de travail ou de la santé globale sont davantage liées à des évolutions de la situation de travail ou du rapport subjectif au travail qu'à la survenue des événements de santé sans lien avec le travail.

f) Le rapport subjectif à la santé

- Un des facteurs de sur- ou de sous-déclaration de problèmes de santé nous semble être *les définitions différentes de la santé*.

Il est certain que là où, pour Monsieur C2, être en bonne santé, c'est « être vivant », seules les pathologies sévères ou handicapantes sont déclarées en première intention, les autres problèmes de santé actuels et surtout passés étant traités comme secondaires et n'apparaissant dans l'entretien qu'au fil, associatif, du récit.

En revanche, là où pour certains enquêtés être en bonne santé signifie « être bien dans sa tête », « ne pas avoir mal », ou « ce qui ne nous handicape pas pour faire ce qu'on a envie de faire », les problèmes perçus comme maladie ou handicap ne seront pas les mêmes.

- *L'âge* apparaît modifier aussi le rapport subjectif à la santé et donc la définition – et potentiellement la déclaration – de ce qui est considéré comme « normal » ou « pathologique », au regard du vieillissement.

- S'agissant des *différences entre hommes et femmes* dans leur rapport à la santé, nous avons été étonnés, dans le cadre de cette post-enquête, de ne pas trouver chez les hommes de réticence à aborder leur vécu psychique, y compris dans ses dimensions de souffrance voire d'expériences de décompensation dépressive et anxieuse. C'est davantage dans le rapport à la santé physique, aux limites du corps, qu'une différence est apparue, dans le sens d'une banalisation ou d'un déni des altérations de la santé somatique ou des risques pour la santé, dans le registre des « défenses viriles ».

- Enfin, la question des *différences de statut* (activité libérale, activité salariée, fonction publique) dans la prise en compte des problèmes de santé et de leurs liens avec le travail s'est posée à nous – sans parler des différences de possibilité de recours aux services de santé au travail – au travers de l'insistance de certains enquêtés, agriculteurs ou artisans, à souligner leur impossibilité à « s'écouter », à s'arrêter de travailler quel que soit leur état de santé.

g) Influence de la présence d'un tiers à l'interview INSEE

Pour six des trente enquêtés, un tiers était présent lors de l'interview INSEE (Monsieur F1, Monsieur I1, Monsieur A2, Monsieur B2, Monsieur J2, Madame C3).

Comme nous l'avons indiqué dans le descriptif du déroulement de l'enquête, trois des entretiens ont été « parasités » par la proximité ou la venue du conjoint, soit transitoirement (Monsieur A3), soit sur la durée (Monsieur A2, Madame C3), et cela bien qu'ils n'aient pas participé à l'entretien.

Nous avons nettement perçu l'influence de cette présence sur le contenu du discours et sur la contention des émotions.

S'agissant de Madame C3 et de Monsieur A2, il nous apparaît clairement que certaines réponses concernant la santé, les motifs de changements dans l'itinéraire, les conditions de travail, l'intrication avec les aléas de la vie privée et familiale, ont été biaisées par cette présence.

Il nous semble également que certains écarts constatés entre réponses au questionnaire SIP et données de l'entretien pour Monsieur B2 et Monsieur J2, concernant en particulier la santé mentale, peuvent être expliqués par la plus grande liberté de parole en l'absence du conjoint lors de l'entretien de la post-enquête.

h) Influence du dispositif de recherche et du cadre théorique de la post-enquête qualitative

• *L'équipe de recherche* ayant réalisé les entretiens de la post-enquête qualitative était *composée de médecins*, qui se sont présentés comme tels aux personnes enquêtées, tout en rappelant qu'ils intervenaient ici en

tant que chercheurs et non en tant que thérapeutes ou experts, effectuant un travail de recueil de récits respectant l'anonymat et non un examen médical.

Les enquêtés n'avaient par ailleurs aucun lien de « patientelle » avec les médecins chercheurs, contrairement à d'autres enquêtes qualitatives impliquant les médecins du travail des personnes incluses dans le protocole de recherche.

Nous avons déjà mentionné que cette posture - écouter et questionner en tant que médecins dans une perspective de recherche dégagée d'enjeux diagnostiques et décisionnels aussi bien pour l'enquêteur que pour l'enquêté, – nous semble avoir facilité l'abord des événements de santé, et cela de plusieurs façons :

- en autorisant « sans risque » l'énonciation de certains problèmes de santé (les personnes enquêtées soulignant que « nous allions savoir de quoi ils parlaient », et parfois nous montrant les boîtes des médicaments prescrits),

- en validant parfois avec l'intéressé sa caractérisation des troubles évoqués : telle gêne ressentie est bien un symptôme ; tel symptôme relève bien de la maladie mentionnée ; il existe bien une maladie portant ce nom-là (« *on dit bien une épicondylite ?* »).

- en ouvrant à l'enquêté la possibilité de légitimer le lien établi par lui entre le problème de santé signalé et les conditions de travail décrites : telle maladie est bien reconnue scientifiquement comme pathologie professionnelle, telle situation relève bien de la définition d'un accident du travail (« *c'est connu, je crois ... ?* »).

Les chercheurs ont été, comme prévisibles, confrontés à trois types de situations particulières :

- la déclaration de problèmes de santé imputés au travail en dehors de toute référence possible à des facteurs de risque professionnels avérés ou à des pathologies professionnelles reconnues (le risque toxique pour la reproduction de l'exposition à l'ammoniac (Madame G3) ; le lien entre cholécystite et stress professionnel (Monsieur B2)),

- la méconnaissance ou le déni de problèmes de santé pourtant caractérisés, passés ou actuels, dont les symptômes – clairement identifiables pour des chercheurs médecins – sont banalisés par l'intéressé.

- la méconnaissance ou le déni inconscient d'un lien possible, scientifiquement connu, entre un problème de santé perçu signalé par l'enquêté et les caractéristiques de l'emploi occupé ou des conditions de travail décrites.

Dans ces circonstances, les chercheurs, conscients des enjeux psychiques de mécanismes défensifs possiblement à l'œuvre chez l'enquêté, n'ont pas interrogé plus avant ces rationalisations ou ces déni de perception ni bien sûr fait référence aux « données actuelles de la science ».

Il est probable que la qualité de médecins des chercheurs – et leurs connaissances en tant que praticiens du champ de la santé au travail – a permis l'objectivation de problèmes ou d'événements de santé restés difficilement formulables dans les conditions de passation du questionnaire INSEE, ce qui peut pour une part rendre compte des écarts constatés entre les deux approches quant à la déclaration des maladies et les liens établis avec le travail.

- ***Le laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST)*** auquel est rattachée l'équipe de terrain de la post-enquête qualitative a, nous l'avons dit, comme axe principal de recherche l'étude pluridisciplinaire des troubles musculo-squelettiques et des lombalgies.

Les médecins du travail impliqués dans l'enquête de terrain ont développé par ailleurs ces dernières années dans leur pratique une attention particulière à ces pathologies d'hypersollicitation.

Il n'est pas exclu que cet arrière plan des centres d'intérêt institutionnels et cliniques ait construit, lors des entretiens, une écoute particulièrement attentive à l'énoncé des symptômes relevant de ces pathologies et à la description des conditions de travail ou des métiers constituant dans ce registre des facteurs de risques professionnels.

- Il ne nous est pas possible, également, d'ignorer l'influence du cadre théorique dans lequel s'est inscrite la recherche, en référence à ***la psychodynamique du travail*** : l'approche centrée, dans la post-enquête, sur la place du rapport subjectif au travail dans la construction de l'itinéraire professionnel et de la santé, peut

constituer, en soi, un « biais » par l'attention soutenue portée au vécu psychique et à la place du travail dans la construction identitaire.

Nous avons donc, sciemment, tenu compte de modalités de souffrance psychique qui, bien que non pathologiques (au sens décompensation psychiatrique du terme), ont été mises en lien avec les situations de travail et/ou ont été à l'origine de bifurcations dans l'itinéraire professionnel.

Nous avons également pris en compte dans les liens santé – travail les situations où les enquêtés signalaient l'amélioration de leur santé en lien avec un changement de poste, d'emploi ou de conditions de travail jugé bénéfique quant au sens du travail et au plaisir à exercer son activité.

Nous retrouvons ici l'importance accordée en psychodynamique du travail à la place du travail dans l'équilibre psychique et à la place de l'équilibre psychique dans la santé générale.

Le risque d'une surévaluation de notre part des problèmes de santé mentale et de leur lien avec le travail doit donc être examiné de principe.

Il nous semble néanmoins que les critères retenus, conformément à la technique d'entretien éprouvée par ailleurs dans notre pratique professionnelle, pour distinguer ce qui relève de la psychopathologie du travail, de la structure mentale, ou des problèmes de santé sans lien avec le travail, constituent un cadre d'analyse limitant ce risque, de même que le dispositif d'élaboration collective et de supervision.

VI. Conclusion

L'exploitation statistique de l'enquête SIP doit prendre en considération les effets des choix méthodologiques retenus et les éventuelles sources d'incertitude qui découlent du protocole d'interrogation quant au repérage des interactions entre santé, travail et itinéraire professionnel.

Comme toute enquête quantitative rétrospective reposant, compte-tenu de son objet, sur des données déclaratives subjectives, l'enquête SIP s'inscrit d'emblée dans les limites relatives aux effets de l'appel à la mémoire, de l'exigence interne de cohérence dans les réponses fournies, de la reconstitution biographique rationalisant après coup les choix effectués et les contraintes, et occultant consciemment ou inconsciemment les événements de vie, périodes de travail ou problèmes de santé dont le souvenir est pénible.

Les études statistiques, dans ce type d'approche quantitative de la santé et du travail, connaissent bien également les phénomènes de différence de perception et de déclaration selon le genre, l'âge et les catégories socioprofessionnelles.

Au-delà de ces limites déjà connues et intégrées, la post-enquête qualitative SIP avait pour objectif fixé de repérer si les choix d'observation sélective portés par le questionnaire permettaient néanmoins une estimation valide des interactions entre santé, travail et itinéraire professionnel, ou faisaient au contraire encourir le risque d'une surévaluation, d'une sous évaluation ou d'une méconnaissance de ces liens.

La question est posée en particulier pour les options de simplification de la description des périodes d'emplois courts (où seule la profession considérée comme principale est explorée), pour la limitation à un nombre très restreint des changements de travail étudiés, pour la définition laissée libre des changements importants, mais aussi pour les éventuels effets de l'ordre du questionnement dans le déroulement de l'interview INSEE, pour le risque d'induction ou d'oubli lié aux listes closes des batteries d'indicateurs utilisées pour la description des conditions de travail, la déclaration des maladies ou les événements de l'enfance et de la vie adulte,...

La post-enquête qualitative du LEEST a été effectuée par une équipe de recherche composée de praticiens formés en psychodynamique du travail, intervenant en binôme, avec une démarche d'approche compréhensive des liens santé – itinéraire professionnel centrée sur le rapport subjectif au travail.

Trente entretiens individuels ont été menés auprès de personnes enquêtées des Pays de Loire, dont dix n'avaient déclaré aucun événement de santé dans SIP, dix avaient déclaré au moins un événement de santé mais sans établir de lien avec le travail et dix avaient établi explicitement au moins un lien entre un événement de santé et un événement de l'itinéraire professionnel.

Au terme de cette post-enquête, on note une convergence globale de l'enquête statistique et de l'approche qualitative dans la description des grandes lignes des itinéraires professionnels et de leurs liens avec les événements majeurs de santé, mais il faut signaler cependant certaines discordances entre les données des entretiens et les réponses aux questionnaires SIP, telles qu'elles ont été synthétisées pour chaque enquêté par la DREES et la DARES.

Avec toute la prudence requise en terme de généralisation des observations effectuées à partir d'une approche qualitative et en prenant en compte les biais de sélection des personnes enquêtées par le LEEST, il est utile d'étudier la signification et la portée de ces discordances.

Ces écarts portent essentiellement :

- *Dans la grille biographique* : sur la sur-déclaration des événements de la vie adulte ayant marqué l'itinéraire professionnel et des formations supérieures à un an.
- *Dans l'interrogation sur le parcours professionnel* :
 - Sur la description et le sens de la mobilité interne dans les emplois longs de longue durée (vingt ans et plus), avec une perte d'information sur la dynamique réelle des interactions santé-travail.

- Sur la description de la dynamique de mobilité externe dans les périodes d'emplois courts, surtout de courte durée (là où, au mieux, un seul changement peut être exploré) avec perte d'information sur le sens des changements.

- Sur la description des conditions de travail en cas d'exercice parallèle de plusieurs métiers (avec le problème de désignation de l'emploi principal réellement occupé).

- *Dans l'interrogation sur les problèmes de santé :*

- Sur la déclaration des maladies, accidents et handicaps, avec une sous déclaration *en tant que maladies*, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques et lombalgies actuels et passés (dont on peut cependant, pour les problèmes actuels, retrouver certains symptômes dans les réponses au MINI ou aux questions sur la vie quotidienne).

- Dans l'évaluation des liens entre santé et travail,

- avec une sous-estimation des changements mis en lien avec le souhait de préserver sa santé psychique.

- avec une sous déclaration des « petits » accidents de travail sans séquelles ni conséquences sur l'itinéraire professionnel mais néanmoins révélateurs des conditions de travail sur une période donnée.

- avec l'omission de certaines pathologies passées ou actuelles pouvant renvoyer à des risques professionnels passés, méconnus ou déniés (sinusites chroniques, pathologies pulmonaires,...).

En revanche, peu d'écarts notables ont été constatés sur les questions concernant l'enfance (sauf pour la déclaration des troubles psychiques), sur la description des conditions de travail passées et actuelles, sur la vie sociale, sur la vie quotidienne.

Peu d'écarts ont été notés pour l'interrogation sur la consommation d'alcool et de tabac par auto-questionnaire.

On observe également, d'une manière générale, une bonne concordance entre données de l'entretien et bilan SIP sur l'itinéraire professionnel, évaluation globale de l'état de santé générale et réponses au MINI.

Plusieurs registres d'hypothèses peuvent être avancés pour rendre compte des écarts constatés et parmi les principaux :

- *le délai d'un an écoulé entre l'interview INSEE et l'entretien de la post-enquête :*

- En dehors d'écarts minimes constatés dans la datation, ce recul apparaît avoir joué pour certains enquêtés dans le changement de perception de l'itinéraire professionnel, de certains événements de santé et des liens entre santé et travail, en raison de *modifications intervenues pour eux courant 2007*, soit dans leur vie personnelle, soit dans leur situation de travail ou d'emploi, soit dans leur état de santé (parfois en interaction avec le travail).

Néanmoins, cette modification de l'évaluation rétrospective va dans le sens d'une accentuation ou d'une modération des déclarations effectuées dans SIP, et non pas dans le sens d'une rectification radicale.

- Un autre facteur explicatif nous apparaît possible, en l'absence de toute modification de la situation des enquêtés au cours de cet intervalle de temps entre les deux approches : la *mise en visibilité plus grande dans le champ social*, ces dernières années et notamment courant 2007 (au travers de médiatisations parfois spectaculaires, de campagnes d'information et de prévention, de jurisprudence rendue publique, de publications d'ouvrages) des *pathologies de surcharge, d'hyper-sollicitation*, en lien avec l'intensification du travail *et des risques psychosociaux* (harcèlement, stress, suicides...). Ce processus social de légitimation, en tant que pathologies professionnelles potentielles, de certaines atteintes à la santé mentale ou physique a pu favoriser leur mention spontanée aussi bien chez les hommes que chez les femmes lors des entretiens réalisés fin 2007 - début 2008.

- Indépendamment de cette dimension liée au temps écoulé et à l'époque des entrevues, d'autres explications peuvent être invoquées pour tenter de comprendre la signification des écarts constatés :

- S'agissant des questions 16 (formations) et 17 (événements marquants), de la grille biographique, des *formulations utilisées lors de la passation du questionnaire* (faisant l'impasse sur la durée des formations ou l'incidence des événements cités sur l'itinéraire professionnel) semblent être à l'origine d'une mauvaise compréhension du questionnement et de réponses erronées fréquentes.

- S'agissant de sous-déclarations dans SIP de lien établi entre problèmes de santé et conditions de travail, il nous semble que nous retrouvons ici

- d'une part, les *effets de la non prise en compte médicale et légale des pathologies professionnelles et accidents du travail*, qui, sous-estimés, sous-déclarés, non reconnus dans le réel des situations de travail, sont délégitimés comme tels, renvoyés aux risques inhérents au métier et aux faiblesses individuelles et considérés par les intéressés enquêtés comme « non déclarables » officiellement, là où leur évocation apparaît plus facile dans le cadre d'un entretien libre centré sur le vécu subjectif au travail.

- d'autre part, dans certains cas, les effets du *déni de perception des risques professionnels*, stratégies défensives bien documentées en psychodynamique du travail.

- Par ailleurs, la qualité de médecins des enquêteurs dans cette post-enquête, annoncée comme telle a pu favoriser au cours des entretiens la mention d'antécédents ou de symptômes actuels, avec parfois recherche de validation du jugement porté sur le caractère pathologique ou non, scientifiquement reconnu ou non, de telle atteinte à la santé et de ses éventuels liens avec le travail.

- Enfin, il n'est pas exclu que les chercheurs aient accordé une attention particulière aux problèmes de TMS et de lombalgies (thème de recherche principal du LEEST et problématique clinique fréquente des médecins du travail participant à l'enquête) et que notre approche méthodologique centrée sur le rapport subjectif au travail ait conduit à une surexpression des événements de travail et des problèmes de santé relatifs au registre psychosocial.

En conclusion, il nous apparaît que les choix méthodologiques de l'enquête statistique SIP assurent globalement une estimation valide des interactions entre événements ou problèmes majeurs de santé et dynamique générale du parcours professionnel, avec une bonne fidélité dans la description des conditions de travail des emplois retenus comme principaux : au travers des fiches - synthèses SIP élaborées par la DREES et la DARES à partir des réponses au questionnaire, nous avons facilement reconnu (sauf dans un cas soulevant la question de l'existence de troubles mnésiques) les personnes de l'échantillon LEEST.

Il nous semble cependant que les réductions et simplifications opérées entraînent une difficulté à appréhender la complexité des arbitrages lors des bifurcations survenant dans l'itinéraire, l'importance et le sens des phénomènes de mobilité à l'intérieur des périodes d'emploi considérées, et les liens établis par l'intéressé entre santé, travail et itinéraire professionnel lorsqu'ils portent sur le souci de *préserver* sa santé, à partir de la perception de symptômes infra-pathologiques, particulièrement dans le champ de la santé mentale.

Ces limites dans le questionnement vont toutes dans le sens d'un risque potentiel de méconnaissance ou de sous-évaluation des *dimensions fines* des liens santé et travail et du registre psycho-dynamique de la construction de l'itinéraire professionnel.

Le risque d'une surévaluation dans l'enquête SIP des problèmes de santé et de leurs interactions avec le parcours professionnel et le travail nous semble pouvoir être écarté.

VII - Bibliographie

ALFREDSSON L., HAMMAR N., PETER R., SIEGRIST J., THEORELL T., WESTERHOLM P.,
High effort low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women : baseline results from the WOLF Study.

J Epidemiol Community Health, 1998, 52, 540-7.

ALFREDSSON L., KNUTSSON A., PETER R., SIEGRIST J., WESTERHOLM P.,

Does a stressful psychosocial work environment mediate the effects of shift work on cardiovascular risk factors ?

Scand J Work Environ Health, 1999, 25, (4), 376-81.

AMAR M., AMIRA S.,

L'emploi des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé de longue durée.

Premiers résultats de l'enquête complémentaire à l'enquête emploi de mars 2002. Premières synthèses, 2003, 41.3, DARES.

AMIRA S., DE STEFANO G.,

Contrats à durée déterminée, interim, apprentissage, contrats aidés : les emplois à statut particulier ont progressé entre 1982 et 2002.

Premières informations et premières synthèses, 2005, n° 14.2, DARES.

AMIRA S., CHARDON O., DE STEFANO G., LAINE F., MERON M., OKBA M., SANTAMARIA C., VINEY X.,

Vingt-cinq ans de métiers : l'évolution des emplois de 1982 à 2002.

Premières informations et premières synthèses, 2004, n° 43.2, DARES.

AMOSSÉ T. ,

Interne ou externe, deux visages de la mobilité professionnelle.

Insee première, 2003, 921.

AMOSSE T. ,

Vingt-cinq ans de transformation des mobilités sur le marché du travail.

Données sociales, 2002.

APTEL M., CAIL F.,

Facteur de risque pour le membre supérieur dans le travail sur écran : synthèse bibliographique,

Le travail humain, 2006, 69, 3, 229-68.

APTEL M., CNOCKAERT J.C.,

Liens entre les Troubles Musculo-Squelettiques du membre supérieur et le stress.

BTS newsletter, 2002, 19-20, 57-63.

ARNAUDO B., COUTROT Y., FLOURY M.C., GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., MAGAUD-CAMUS I., SANDRET N., WALTISPERGER D.,

L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003.

Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. Premières informations et premières synthèses, 2004, 52.I, I-8, DARES.

ARNOULT-BRILL E.,

La sécurisation des parcours professionnels.

Avis et rapports du Conseil Economique et Social.

ASSENATO G., BOLT H.M., GOLKA K., WIESE A.,

Occupational exposure and urological cancer,

World J Urol, 2004, 21, 6, 382-91.

AUQUE A-S., FANTONI S., LEPAGE N.,

Ambiances thermiques : travail à la chaleur et au froid, décembre 2005,

<http://www.inrs.fr/admin/Repertoire/Fichier/2008/15-080704075626.pdf>

AURIAT N.,

Les défaillances de la mémoire humaine. Aspects cognitifs des enquêtes rétrospectives,
Travaux et documents, 1996, 136, INED, PUF.

AXELSON O., BUZIO C., BUZIO L., DE PALMA G., FRANCHINI I., MUTTI A., TONDEL M.,

Occupational risk factors for renal cell cancer : an Italian case-control study,
Med Lav, 2002, 93 4, 303-9.

BACCAINI B.,

Projet de mobilité et cadre de vie,
In PUMAIN D., MATTEI M.F. (COORD.),
Données Urbaines, 2000, Anthropos, 91-111.

BARDOT F., VOLKOFF S.,

Départs en retraite, précoces ou tardifs : à quoi tiennent les projets des salariés quinquagénaires.
Gérontologie et Société, A paraître.

BARDOUILLET M.C., GILLES M., POMMIER J.L.,

« Ce salarié devrait cesser de travailler » : une approche de l'usure professionnelle et de ses déterminants, dans
une population de salariés de 50 ans et plus.
Article soumis à Retraite et Société, 2006, 49.

BATTAGLIOLA F., BERTAUX-WIAME I., IMBERT F.,

A propos de biographies : regards croisés sur questionnaire et entretiens.
Population, 1993, 48 (2), 325-46.

**BAUMULLER A., BOLT H.M., BRUNING T., LAMMERT M., PESCH B., RABSTEIN S.,
WIESENHUTTER B.,**

Renal cell cancer risk and occupational exposure to trichloroethylene : results of a consecutive case-control study
in Arnsberg,
Am J Ind Med, 2001, 43, 3, 274-285

BELKIC K., LANDSBERGIS P., SCHNALL P., et AL.,

The workplace and cardiovascular disease.
Occupational Medicine State of the Art Reviews, 2000, 15, 1-334.

BENARROSH Y.,

Les trappes d'inactivité : chômage volontaire ou chômage de résistance ?
Travail et Emploi, 2003, 95, 73-85.

BENARROSH Y.,

Perte d'emploi et reconversion professionnelle : faire parler l'expérience,
In GARCON A.F. et AL (éd) :
Démolition, disparition, déconstruction. Approches techno-économiques et anthropologiques.
Documents pour l'histoire des techniques, cahiers n° 11, CDHT, CNAM/EHESS, 129-142.

BENKALFAT F.Z., BENREZKALLAH L., BRAHIM B. M., TALEB A.,

Exposition au bruit, environnement psychosocial et hypertension artérielle en milieu de travail.
Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 2003, 64, (4), 246-52.

BENREZKALLAH L., BENZIAN W., MEZIANE A., TALEB A.,

Hypertension artérielle, lombalgie et facteurs psychosociaux au travail.
Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, 2005, 66, (1), 45-50.

BERTAUX D.,

Les récits de vie. Perspectives ethnosociologiques.
Coll. Sociologie n° 128, de Singly (dir), 1997, Nathan Université.

BEVILACQUAD D., CHRISTIA A., FUYMERY J.L., MARTIN F., MOULIN P.,

Adénocarcinome rénal chez un peintre industriel : prise en charge auprès des maladies professionnelles.
Archives des Maladies Professionnelles, 2007, 68, 1, 57-65.

- BARDOT F.,BERNERON B., BERTIN C., LASFARGUES G., DERRIENNIC F.**
Différences de santé perçue selon le sexe en relation avec l' âge et le travail.
In F.Derriennic ,A.Touranchet, S.Volkoff (Eds.).Âge, Travail, Santé. Coll. Questions en Santé publique, Paris, INSERM Ed.
Paris, 1996. 331-348 .
- BERTIN C., PASQUEREAU-SAHAGUN C.,** A propos d'un suicide sur le lieu de travail. In HUEZ D. (coord.) Des médecins du travail prennent la parole : un métier en débat. Association Santé et Médecine du travail Syros. Paris : 1998 :171-173..
- BERTIN C., DUBRE JY., MERITET F.** Relation Âge -Santé . Travail au féminin. *Médecine et Travail.* 1997.
- BIDRON P., DERRIENNIC F., DUBRE J-Y, GASSEAU A., GUIHO-BAILLY MP,**
Souffrance psychique, âge et travail.
In F.Derriennic, A.Touranchet, S.Volkoff (Eds.).Âge, Travail, Santé. Coll. Questions en santé publique, Paris, INSERM Ed.
Paris, 1996. 223-244.
- BIDRON P., BERTIN C., GASSEAU A.,LANCIEN N., MACHEFER J., DUBRE JY., MERITET F., MICHEL MC., MARTIN E., PARENT D., LUCAS G., GUIHO-BAILLY MP., TOURANCHET A., DERRIENNIC F .** Enquête ESTEV, Evolution du vécu du travail entre 1990 et 1995 et incidence de certains signes de souffrance psychique. *Revue de Médecine du travail.* 1999.Tome XXVI, 1 : 25-29 ;
- BILLIARD I.,**
Santé mentale et travail : l'émergence de la psychopathologie du travail
La dispute, 2001.
- BLAIRE S., RAMACIOTTI D., ZIMMERMANN C.,**
Travail en horaires atypiques et santé.
Cahiers médico-sociaux, 1992, 36, 130-111.
- BONGERS P.M., DE WINTER C.R., HILDEBRANDT V.H., KOMPIER M.A.,**
Psychosocial factors at work and musculo-skeletal disease.
Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, 1993, 19, 5, 297-312.
- BOUJASSON L., CARTERON H., GOULIMALY P., LEPETIT C., LEVY M., THEBAUD-MONY A., VINCENTY M.,**
Parcours-travail et cancers professionnels : recherche action en Seine-Saint-Denis (France).
Pistes, 2003, 5.
- BOULANGER-DESCHAMPS S., DESCHAMPS F.,**
Fièvres d'inhalation professionnelles et environnementales,
Les 100 principales maladies professionnelles et environnementales, Editions Ellipses, 2007, 37.
- BOULANGER-DESCHAMPS S., DESCHAMPS F.,**
Cancers de l'estomac et de l'œsophage professionnels et environnementaux,
Les 100 principales maladies professionnelles et environnementales, Editions Ellipses, 2007, 175.
- BOULANGER-DESCHAMPS S., DESCHAMPS F.,**
Cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx et de l'hypopharynx professionnels et environnementaux,
Les 100 principales maladies professionnelles et environnementales, Editions Ellipses, 2007, 175.
- BOURGEOIS F., HUBAULT F., LEMARCHAND C. et AL.,**
Troubles musculo-squelettiques et travail.
Editions ANACT, Collections outils et méthodes, 2000.
- BOURGET-DEVOUASSOUX J., VOLKOFF S.,**
Bilans de santé des carrières d'ouvriers.
Économie et statistique, 1991, 242.
- BOUVET C., SCHNEIDER F.,**
Les destins de l'agressivité dans les activités de service client et centre d'appel,
Travailler, 2007, 18, 203-16.

BRASSEUR G., GANEM Y., LABORDE L., POMIAN J.L.,

Ambiances thermiques : travailler au froid, 22/02/2006,

http://www.inrs.fr/htm/travail_au_froid.html

BROCHARD P., LE BOURGEOIS J.P., RUFFIE P., PAIRON J.C.,

Les cancers professionnels,

Editions Margaux Orange, 2000, 1, 473-484.

BRUN J.P., PLANTE E. ,

Le harcèlement psychologique au travail au Québec.

Mars 2004.

<http://cgsst.fsa.ulaval.ca>

BRUNET R., PRESSELIN J., VIEL M., CRU D., SEE N.

Le risque et la parole. Octares Ed2005.

BRUTEL C., JEGOU M., RIEU C.,

La mobilité géographique et la promotion professionnelle des salariés : une analyse par aire urbaine.

Économie et statistique, 2000, 336, 53-68.

BUE J.,

Temps partiel des femmes : entre "choix et contraintes".

Premières synthèses, DARES, 2002, 8-2, 1-8.

BUGEL I., CHEA M., DAVID S., NIEDHAMMER I.,

Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle.

Travailler, 2001, 5, 1, 23-45.

BUGEL I., DAVID S., GOLDBERG M., LECLERC A., NIEDHAMMER I.,

Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the GAZEL cohort,

Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 1998a, 24, 197-205.

BUISSET C., & COLL.,

Santé perçue des employées administratives,

In Colloque Travail, Santé, Vieillesse, relations et évolutions, 2001, 153-166, Octarès Editions.

BUNGENER M., PIERRET J.,

Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé.

Analyse seconde des données INSEE « études et conditions de vie 1986-1987.

CNRS, Convention de recherche MIRE, 1993.

BUSCATTO M.,

Les centres d'appels, usines modernes ? Les rationalisations paradoxales de la relation téléphonique,

Sociologie du travail, 2002, 44, 99-107.

CAMBOIS E., DESEQUELLES A., RAVAUD J.F.,

Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap.

Population et Sociétés, 2003, 386, 1-4.

CANTOR K.P., HU J., LYNCH C.F., MAO Y., ZHENG T.,

A population-based case-control study of occupation and renal cell carcinoma risk in Iowa,

J Occup Environ Med, 2004, 46, 3, 235-40.

CAO W., CHAN J., LI L., SIEGRIST J., TOMLINSON B., XU L.,

Measuring job stress and family stress in Chinese working women : a validation study focusing on blood pressure and psychosomatic symptoms.

Women Health, 2004, 39, (2), 31-46.

CASSOU B., DERIENNIC F., DESRIAUX F., LECUYER G.,

Âge et changements de tâches dans une cohorte de salariés français d'une usine de constructions mécaniques.

Le Travail humain, 1987, 3, 225-36.

CASSOU B., HUEZ D., MOUSEL M.L., SPITZER C., TOURANCHET A.,

Les risques du travail.

Editions La Découverte, 1985.

CAZENEUVE J.P., DUPRE D.,

Analyse des accidents du travail : les accidents mortels survenus en 1993 lors de travaux de construction.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, Cahiers de notes documentaires, 1995, 159.

CERVINKA R., FRIZA H., HAIDER M., KOLLER M., KUNDI M.,

Changements survenus en cinq ans dans la vie familiale, la satisfaction et la santé de travailleurs postés.

Le Travail Humain, 1990, 53, 155-174.

CEZARD M., DUSSERT F., GOLLAC M.,

Travail : des conditions mal supportées.

Premières synthèses du SES, 1992.

CEZARD M., HAMON-CHOLET S.,

Travail et charge mentale

Premières synthèses, 1999, 27.1, DARES.

CHANDOLA T., GODIN I., MARMOT M., NIEDHAMMER I., PETER R., SIEGRIST J., STARKE D.,

The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons.

Soc Sci Med, 2004, 58, (8), 1483-99.

CHAPOULIE S.,

Une nouvelle carte de la mobilité professionnelle.

Économie et statistique, 2000, 331, 25-45.

CHARBOTEL B.,

Étude de cas-témoins sur les relations entre une exposition professionnelle au trichloréthylène et le cancer du rein.

Thèse de Doctorat.

CHARLON-DUBAR E., DUBAR C., ENGRAND S., FEUTRIE M., GADREY N., VERMELLE M.C.,

Le salarié confronté à l'offre de formation. Trajectoire personnelle, identité professionnelle et logique de l'entreprise.

Travail et emploi, 1990, 44, 19-29.

CHATELLIER G., DE GAUDEMARIS R., DIENE E., HAMICI L., LANG T.,

Control of hypertension in 30 000 subjects in the workplace.

Hypertension, 2001, 38, 449-54.

CHENU A.,

De recensement en recensement, le devenir professionnel des ouvriers et employés.

Économie et statistique, 1998, n° 316-317, 127-149

COURGEAU D., MERON M.,

Mobilité résidentielle, activité et vie familiale des couples.

Économie et statistique, 1995, 290, 17-31.

COUSIN O.,

Les ambivalences du travail : les salariés peu qualifiés dans les centres d'appel,

Sociologie du travail, 2002, 44, 499-520.

COUTAREL F.,

La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?

Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes, Bordeaux, 551p.

COUVRAND D.,

L'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

6èmes journées nationales trisomie 2, 22-23/11/1997.

CRISTOFARI M.F.,

Observer les relations entre la santé et l'itinéraire professionnel (SIP) : l'imbrication des questions subjectives dans un cadre objectivité.

Centre d'Etudes de l'Emploi, Noisy-Le-Grand, France.

CURIE J.,

Parcours professionnels et interdépendances des domaines de vie.

Éducation permanente, 2002, 150, 1.

DALPHIN J.C., MOULONGUET S., REBOUX G., THAON I.,

Les pneumopathies d'hypersensibilité en milieu industriel,

Arch Mal Prof Env, 2007, 518-540.

DALPHIN J.C., REBOUX G.,

Pneumopathies d'hypersensibilité en milieu professionnel,

EMC, 16-534-G, 10, 1-12.

DALPHIN P., DE VUYST P.,

Pneumopathies interstitielles professionnelles,

La revue du praticien, 2007, 57, 2266-2276.

DAMONGEOT G., GEORGES C., KRAWSKY G., LIEVIN D.,

La gêne due au bruit dans le travail : problème de contenu des tâches ou de contexte professionnel ?

Travail et emploi, 1994, 61.

DAUBAS-LETOURNEUX V, THEBAUD-MONY A.,

Connaissance et reconnaissance des accidents du travail. Approche sociologique.

Rapport d'étude, 2000, DARES.

DAUBAS-LETOURNEUX V, THEBAUD-MONY A.,

Les angles morts de la connaissance des accidents du travail.

Travail et Emploi, 2001, 88, DARES.

DAVIES H.W., DEMERS P.A., FRIESEN M.C., HERSHLER, HERTZMAN C., OSTRY A., Cancer and

occupational exposure to pentachlorophenol and tetrachlorophenol,

Cancer Causes Control, 2006, 17, 6, 749-58.

DE CONINCK F., GODARD F.,

L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité.

Revue française de sociologie, 1989, 31, 23-53.

DEJOURS C.,

L'évaluation du travail à l'épreuve du réel.

Editions INRA, 2003.

DEJOURS C.,

Travail, usure mentale

Editions BAYARD, 2000.

DELARRE S., DUHAUTOIS R.,

La mobilité intra-groupe des salariés : le poids de la proximité géographique et structurale.

Économie et statistique, 2003, 369-370.

DERIENNIC F., RIBET C., VOLKOFF S.,

Les troubles du sommeil, l'âge et le travail.

Premières synthèses, 1999, 23.2, DARES.

DERIENNIC F., MONFORT C., SAUREL-CUBIZOLLES M.J.,

Santé, conditions de travail et cessation d'activités des salariés âgés.

Travail et emploi, 2003, 96, 37-53.

DERIENNIC F., TOURANCHET P., VOLKOFF S.,

Âge, santé, travail : études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans,

Enquête ESTEV 1990, Editions INSERM.

DE RICCARDIS N.,

L'intérim continu de progresser en 2005.

Premières informations et premières synthèses, 2006, n°32.1, DARES.

DESSORS D., SCHRAM J., VOLKOFF S.,

Du « handicap de situation » à la sélection-exclusion : une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques.

Travail et emploi, 1991, 48, 31-47.

DONIOL-SHAW G., GUIHO-BAILLY MP. Emploi, conditions de travail et santé des employés dans les services. Les Cahiers du MAGE. 1996, 4 :15-33.

DOYON F., HILL C.,

Épidémiologie des cancers,

Bull. Cancer, 1997, 84, 917-918.

DRAPIER C., JAYET H.,

Les migrations des jeunes en phase d'insertion professionnelle en France.

Revue d'économie régionale et urbaine, 2002, 3, 355-376.

DUBET F., VETRETOUT A.,

Pourquoi sortir du RMI ?

Revue française de sociologie, 2001, 42-3.

DUBRE JY., TOURANCHET A., THEROND-AMIDOU M., MONTFORT C., DERIENNIC F. Âge, douleurs osteo-articulaires et sélection au travail parmi les ouvriers du bâtiment et des travaux publics. In *Âge, Travail, Santé. INSERM Eds* 1996 : 245-274.

DUBRE JY. Travail et inégalités sociales de santé. Quel rôle possible pour le médecin du travail ? *Revue de Médecine du travail.T.XXVII*, 4, 2000.

DUCHER M.L., FAUVEL J.P., LAVILLE M., MPIO I., QUELIN P., RIGAUD J.P.,

Le stress professionnel et la réactivité pressionnelle au stress ne prédisent pas la pression artérielle à 5 ans.

Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, 2004, 97, (7-8), 767-71.

DUPRE D., KARJALAINEN A.,

L'emploi des personnes handicapées en Europe en 2002.

Statistique en bref, Eurostat, 2003, 3-26.

ERMINY M., BONFILS P., TROTOUX J.

Otospongiose. *EMC- ORL*, 20-195-A-10,1996.

FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKY M., LANG T., LECLERC A.,

Les inégalités sociales de santé.

INSERM, La découverte, 2003.

FEDI A., MARZUOLI E., PANZONE T., PELLEGRINI M.,

Morbidity index in a working population exposed to low environmental temperature,

G Ital Med Lav Ergon, 2003, 25, 3, 15-6.

FILLION L., TRUCHON M.,

Les déterminants biopsychosociaux de l'incapacité chronique liée aux lombalgies. Une recension systématique des écrits.*Etudes et recherches. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST / QUEBEC / CANADA)*, 2000.

http://irsst.qc.ca/htmfr/pdf_txt/R-261.pdf

FLOTTES A.,

TMS et mode de management,

In : *BOURGEOIS F., TMS et évolution des conditions de travail*,

Coll Anact, Paris, 1998, 123-28.

FLOURY M.C., MAGAUD-CAMUS I., VINCK L., WALTISPERGER D. ,

Le bruit au travail en 2003 : une nuisance qui touche trois salariés sur dix.

Premières informations et premières synthèses, 2005, 25.3, DARES.

FURHER R., SHIPLEY M.J., STANSFELD S.A., et AL.,

Work characteristics predict psychiatric disorder : prospective results from the Whitehall II study.
Occup Environ Med, 1999, 15, 302-7.

GADBOIS C.,

Les conditions de travail comme facteurs d'asservissement du système des activités hors travail.
Bulletin de psychologie, 1979, XXXIII, 449-455.

GADBOIS C.,

Travail posté et vie sociale. Recherches actuelles et perspectives.
Le Travail Humain, 1990, 53, 97-101

GADBOIS C.,

La famille postée.
Santé et travail, 1993, 5, 67-72.

GADBOIS C., PRETEUR V., QUEINNEC Y.,

Souffrir de ses horaires de travail : poids de l'âge et histoire de vie,
In *MARQUIE J.C., PAUMES D., VOLKOFF S., Le travail au fil de l'âge*, 1995, 277-304, Octarès.

GERME J.F.,

Au-delà des marchés internes : quelles mobilités, quelles trajectoires ?
Formation emploi, 2001, n° 76.

GERME M.F., MONCHATRE S., POTTIER F.,

Les mobilités professionnelles : de l'instabilité dans l'emploi à la gestion des trajectoires.
Commissariat général du Plan, 2003, 112p.

GODIN I., KITTEL F.,

Differential economic stability and psychosocial stress at work : associations with psychosomatic complaints and absenteeism.
Soc Sci Med, 2004, 58, (8), 1543-53.

GOLDBERG M., LECLERC A., LERT F., MELCHIOR M.,

Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé.
Sciences sociales et santé, 2002, 20, (4).

GOLBERG M., LECLERC A., NIEDHAMMER I., et AL.,

Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France.
J Epidemiol Community Health, 1998, 52, 93-100.

GOLDBERG M., LUCE D.,

Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques : nature, causes et conséquences.
Revue épidémiologique de la Santé Publique, 2001, 49, 477-92.

GRILLET J.P., NISSE C., TESTUD F.,

Effets à long terme des produits phytosanitaires : le point sur les données épidémiologiques récentes,
Arch Mal Prof Env, 2007, 394-401.

GROSSIN W.,

Horaires décalés : « A l'expérience, les salariés déchantent » ;
Santé et travail, 1993, 5, 29-35.

GUIHO-BAILLY MP., Psychopathologie de la post-adolescence, identité masculine et évolution du travail.
Adolescence. 1996 . XIV, 2, 31-48.

GUIHO-BAILLY MP. GOGUET K., Si tu n'avances pas, tu recules, si tu recules, tu meurs : Clinique de l'addiction au travail en psychiatrie quotidienne. *Travailler*. 2004 ; 11 : 41-56.

GUIHO-BAILLY MP., GUILLET D., Psychopathologie et psychodynamique du travail. *EMC – Toxicologie Pathologie*
2-2005 : 98-110.

GUISTO J.A., KEIM S.M., SULLIVAN J.B. Jr,

Environmental thermal stress,

Ann Agric Environ Med, 2002, 9, 1, 1-15.

GUIGNON N., HAMON-CHOLET S.,

Au contact avec le public, des conditions de travail particulières

Premières informations, Premières synthèses, 2003, 093.

HAMON-CHOLET S.,

Accidents, accidentés et organisation du travail.

Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998, 2002, 20.1.

HAMONIC D., PAPETA D., REINE G., VOIRIN D.,

Troubles psychiatriques en milieu militaire : enquête épidémiologique dans l'arrondissement maritime de Brest.

Psychologie médicale, 1993, 25, -(spécial 12), 1238-44.

HEAD J., SIEGRIST J., STANSFELD S.A.,

The psychosocial work environment and alcohol dependence : a prospective study.

Occup Environ Med, 2004, 61, 219-224.

HERAN-LEROY O., SANDRET N ;

Premiers résultats de l'enquête « SUMER 94 ».

Documents pour le médecin du travail, 1997, 69 : 63-9.

HERAN- LE ROY O., SANDRET N.,

Le bruit dans le travail.

Premières synthèses, 1997, 97, (02-09.1), DARES.

HERTRICH V.,

Les réponses des hommes valent-elles celles des femmes ? une double collecte sur les questions génésiques et matrimoniales dans une population du Mali.

Population, 1997, 52 (1), 45-62.

HIRIGOYEN M.F.,

Malaise dans le travail ; harcèlement moral : démêler le vrai du faux.

Editions SYROS, 2001.

INRS,

Travail au froid, 22/02/2006,

http://www.inrs.fr/htm/travail_au_froid.html

JOKSIMOVIC L., SIEGRIST J., STARKE D., V D KNESEBECK O.,

Perceived work stress, over commitment, and self-reported musculoskeletal pain : a cross-sectional investigation.

Int J Behav Med, 2002, 9, (2), 122-38.

JOLIVET A., MOLINIE A.F., VOLKOFF S.,

PRP : le temps partiel régule-t-il le vieillissement au travail ?

Quatre pages, Centre d'études de l'emploi, 2004, 8.

JOURNIN N.,

Chantier interdit au public : enquête parmi les travailleurs du bâtiment.

Editions La Découverte, 2008.

KASL S.V.,

The influence of the work environment on cardiovascular health : a historical, conceptual, and methodological perspective.

J Occup Health Psychol., 1996, 1, (1), 42-56.

KOLECK M.,

Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes,

In : BOUCHU-SCHVEITZER M., QUINTARD B., Personnalités et maladies – stress, coping et ajustement, Dunod, Paris : 76-92.

KUPER H., MARMOT M., SIEGRIST J., SINGH-MANOUX A.,
When reciprocity fails : effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study.
Occup Environ Med, 2002, 59, 777-784.

LASFARGUES G.,
Départs en retraite et « travaux pénibles » : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé.
Centre d'études de l'emploi, 2005, 19, rapport de recherche.

LANOE J.L., MAKDESSI-RAYNAUD Y.,
L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé.
Etudes et résultats, 2005, 436, DREES.

LAUWERYS R.,
Principales substances inorganiques et organométalliques : zinc.
Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles, Masson, 5^{ème} édition, 2007, 490.

LAUWERYS R.,
Caoutchouc naturel ; élastomères ; matières plastiques,
Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles, Masson, 5^{ème} édition, 2007, 1011-1012.

LECLERC A.,
Les facteurs psychosociaux dans l'enquête sur les affections péri-articulaires et le travail répétitif,
In : BOURGEOIS F., TMS et évolution des conditions de travail,
Coll Anact, Paris, 1998, 123-28.

LELIEVRE E., VIVIER G.,
Evaluation d'une collecte à la croisée du quantitatif et du qualitatif. L'enquête Biographies et entourage.
Population, 2001, 56 (6), 1043-74.

LESIEUR P.,
Souffrance, coaching, phoning et contrôle sur les plateaux d'accueil téléphonique,
Travailler, 1999, 3, 187-91.

MARUANI M. ,
Travail et emploi des femmes. Nouvelle édition.
Editions La Découverte, collections repères ; 2003.

MCLAUGHLIN J.K.,
Renal cell cancer and exposure to gasoline : a review,
Environ Health Perspect, 1993, 101, 6, 111-4.

MESSING K., PREVOST J.,
Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales.
Le Travail Humain, 2001/2, 64, 119-143.

MINNI C., POULET-COULIBANDO P. ,
Coup de frein à l'insertion professionnelle des jeunes en 2002.
Premières synthèses, 2003, n° 07.1, DARES.

MOLINIE A.F.,
Interroger les salariés sur leur passé professionnel : le sens des discordances.
Revue Epidémiologique de la Santé Publique, 2003, 51, 589-605.

MOLINIE A.F.,
Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite.
Pistes, 2005, 7, 1.

MOLINIE A.F.,
Parcours de travail et fins de vie active dans différentes générations.
Quatre pages, Centre d'études de l'emploi, 2001, 45.

MOLINIE A.F., VOLKOFF S.,

Départs en retraite : les deux facettes de la « pénibilité » du travail.

Quatre pages, Centre d'études de l'emploi, 2003, 60.

MOLINIER P.,

Les enjeux psychiques du travail

Petite bibliothèque PAYOT, 2006.

MORISSEAU P.,

Evaluation des TMS chez les salariés de découpe primaire d'un abattoir porcin,

In : BOURGEOIS F., TMS et évolution des conditions de travail,

Coll Anact, Paris, 1998, 123-28.

NAUZE-FICHET E., TOMASINI M.,

Diplôme et insertion sur le marché du travail : approches socioprofessionnelles et salariale du déclassement.

Économie et Statistique, 2002, 354.

NIEDHAMMER I., STARKE D., SIEGRIST J., TEK M.L.,

Effort-reward imbalance model and self-reported health : cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort.

Soc Sci Med, 2004, 58, (8), 1531-41.

PASSERON J.C.,

Biographies, flux, itinéraires, trajectoires,

Revue française de sociologie, 1990, 31, 3-22.

PETER R., SIRGRIST J.,

Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers : general or specific sociological explanations ?

Soc Sci Med, 1997, 45, (7), 1111-20.

PETER R., SIEGRIST J.,

Psychosocial work environment and the risk of coronary heart disease.

Int Arch Occup Environ Health, 2000, 73, Suppl : S41-5.

PETER R., SIRGRIST J.,

Threat to occupational status control and cardiovascular risk.

Isr J Med Sci, 1996, 32, (3-4), 179-84.

PEZE M.,

Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés.

Journal de la Consultation « souffrance et travail » 1997-2008.

Pearson, 2008.

PIALOUX M.,

L'ouvrière et le chef d'équipe, ou comment parler du travail.

Travail et emploi, 1995, 62.

PIENIMAKI T.,

Cold exposure and musculoskeletal disorders and diseases,

Int J Circumpolar Health, 2002, 61, 2, 173-82.

ROQUELAURE Y., HA C., LECLERC A., TOURANCHET A., SAUTERON M., IMBERNON M.,

GOLDBERG M., and 80 occupational physicians of the Pays de LOIRE region. Epidemiological surveillance of upper extremity musculoskeletal disorders in the working population : the French Pays de la LOIRE Study. *Arthritis Rheum (Arthritis Care and Research) 2006 ; 55 : 1-15.*

SAINT-LAURENT L., SAMUEL O.,

Guide de prévention pour les utilisateurs de pesticides en agriculture maraîchère,

IRSST, juin 2001.

SAUREL-CUBIZOLLES M.J., & COLL.,

Etat de santé perçu et perte d'emploi,

In Colloque Travail, Santé, Vieillesse, relations et évolutions, 2001, 53-66, Octarès Editions.

SEGUIN S. , VINCENT B.,

Temps partiel, contrats aidés et contrats à durée déterminée dans les très petites entreprises.

Premières synthèses, 2004, n° 24.1, DARES.

SIEGRIST J.,

Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions.

J Occup Health Psychol., 1996, 1, (1), 27-41.

SIEGRIST J.,

Reducing social inequalities in health : work-related strategies.

Scand J Public Health Suppl., 2002, 59, 49-53.

SOARES A.,

Quand le travail devient indécent : le harcèlement psychologique au travail.

CSQ, Montréal, 2002.

SOLER P.,

Pathogénie de la sarcoïdose,

La revue du praticien, 2008, 58, 1063-1069.

SURTEES P.J., TIJHUIS M., VAN LOON A.J., et AL.,

Lifestyle risk factors for cancer : the relationship with psychosocial work environment.

Int J Epidemiol, 2000, 29, 785-92.

THEBAUD-MONY A.,

Travailler peut nuire gravement à votre santé.

Editions La Découverte, 2007.

THEORELL T.,

Family history of hypertension : an individual trait interacting with spontaneously occurring job stressors.

Scand J Work Environ Health, 1990, 16, (suppl 1), 74-9.

TREMBLAY D.G., VILLENEUVE D.,

Aménagement et réduction du temps de travail : réconcilier emploi, famille et vie personnelle.

Loisir et société, 1997, 20, 107-157.

TRIOLET J. ,

Panorama de l'utilisation des solvants en France fin 2004.

INRS, Hygiène et sécurité du travail, 2005, 199 :65-97.

VIGNAL C.,

Logiques professionnelles et logiques familiales : une articulation contrainte par la délocalisation de l'emploi.

Sociologie du travail, 2005a, 2, 47, 153-169.

VOLKOFF S.,

Santé au travail et parcours professionnel.

Éducation permanente, 2002, 150, 1.

VOLKOFF S.,

Le vieillissement au travail : comment s'y prendre ?

Mensuel de l'Anact, 1996, 10-12.

VOLKOFF S.,

Des « politiques de travail » dans les entreprises, pour tenir compte du vieillissement (quelques exemples en France et en Allemagne).

Travail et emploi, 1996, 69, 71-82.

VOLKOFF S.,

La recherche et l'action en santé au travail : idées ancrées et nouveaux obstacles,
R.F.A.S., 2003, 23, 13-17

WALTISPERGER D.,

Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq.
Premières informations et premières synthèses, 2004, 19.1, DARES.