

# Les indépendants face au cancer et l'enjeu du maintien de l'activité

V. Rubio<sup>1,2</sup>, P. Amiel<sup>1</sup>, A. Dumas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gustave Roussy, Unité de recherche en sciences humaines et sociales (URSHS), Villejuif, F-94805, France

<sup>2</sup>Université Paris Ouest Nanterre La Défense, LASCO

## Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité en France (30 % des décès — bien avant les maladies cardiovasculaires — soit 150 000 décès environ par an). C'est aussi la pathologie dont l'incidence (le nombre de nouveaux cas par an) est la plus élevée des « affections longue durée » (ALD). Cette incidence est estimée à 365 000 cas en 2011, 207 000 cas chez les hommes et 158 000 chez les femmes (Inca, 2013). Les tendances suivantes doivent être prises en compte pour compléter le tableau épidémiologique du cancer.

- a) L'incidence n'a cessé de croître depuis 20 ans : de 1980 et 2011, elle passe 170 000 cas à 365 000 cas annuellement (+115 %) ; mais cette croissance s'explique essentiellement par l'augmentation de la durée de la vie (par l'effet, notamment, de la qualité des prises en charge cardiologiques : on a longtemps pas eu le temps d'avoir un cancer, la maladie de cœur tuant avant) ;
- b) La mortalité stagne : de 1980 et 2011 elle n'augmente que de 13,5 % alors que le nombre de cas a plus que doublé ; on meurt moins du cancer aujourd'hui qu'il y a vingt ans — parce que les traitements ont progressé et que les techniques permettent un diagnostic beaucoup plus précoce (ce qui améliore les chances de survie) ;
- c) La durée de vie après-cancer s'allonge très significativement ; aujourd'hui, 85 % environ des personnes ayant été atteintes d'un cancer du sein ou de la prostate sont vivantes à cinq ans — et de plus en plus souvent longtemps au-delà (FRANCIM et al. 2013). La moitié des 50 000 diagnostics de cancer du sein concerne des femmes de moins de 61 ans ; 30 % des 70 000 hommes diagnostiqués pour un cancer de la prostate ont moins de 65 ans (INVS, 2011). Le cancer n'est pas seulement une maladie de vieux, et elle l'est même de moins en moins.

Les personnes touchées par le cancer le sont tendanciellement plus tôt dans leur existence, c'est-à-dire plus jeunes, qu'auparavant. Le cancer concerne de plus en plus des personnes en activité et qui ont une vie professionnelle encore longue devant eux.

Il est justifié, de ce fait, de s'intéresser à l'impact du cancer sur la vie professionnelle « en général » (1) mais aussi, plus précisément, au cas des catégories « hors norme » que sont les travailleurs non salariés non agricoles, les *indépendants* (2).

### 1. Cancer et activité professionnelle en France

L'étude de la DREES sur *La vie deux ans après le diagnostic de cancer* (Corroller-Soriano et al. 2008), à partir d'une enquête conduite en 2004 (« enquête CDV 2004 ») sur un échantillon représentatif des malades du cancer (toutes localisations à l'étude confondues), reste la principale source de données sur l'impact du cancer sur la vie professionnelle en France.

L'enquête CDV 2004 indique que 83% des personnes de moins de 55 ans interrogés étaient en emploi au moment du diagnostic, 67% deux ans plus tard. 14,1% des personnes en emploi au moment du diagnostic se trouvaient en arrêt maladie deux ans plus tard, 5,9% au chômage et 3,4% à la retraite. 15 % des malades n'avaient jamais interrompu leur activité professionnelle quand 14 % étaient demeurés en arrêt de travail depuis deux ans. Ces chiffres convergent en ordre de grandeur avec les données disponibles pour d'autres pays (bien qu'elles ne soient pas aisément transposables tant les comportements en la matière apparaissent dépendants des systèmes de protection sociale qui sont, comme on sait, très hétérogènes).

L'enquête CDV 2004 montre également de grandes disparités en fonction de la catégorie professionnelle (54% des ouvriers, 74% des professions intermédiaires), du type de cancer (VADS-Poumon 43%) et des séquelles des traitements (Paraponaris *et al.*, 2008). De plus, le processus de reprise effective du travail après une période de congé maladie – souvent nécessaire pendant les traitements – apparaît nettement différencié selon le sexe. Les femmes reprennent leur activité progressivement tout au long des dix-huit premiers mois suivant le diagnostic, en fonction de caractéristiques relevant à la fois de l'emploi, de la maladie (pronostic, séquelles) et de ses traitements, tandis que les hommes reprennent beaucoup plus rapidement leur activité dans les six premiers mois. Les cancers des femmes n'étant pas plus invalidants que ceux des hommes, les différences entre genres renverraient donc plutôt à des contraintes ou des représentations sexuellement différenciées (Malavolti *et al.*, 2008). L'enquête montre également un isolement plus fréquent chez les femmes (23%) que chez les hommes (13%), et un sentiment de rejet ou de discrimination dans l'entourage familial, amical ou professionnel dans 10% des cas (2,9 % dans le domaine professionnel uniquement). L'âge jeune, une situation économique précaire, des traitements lourds et des séquelles de traitements sont des facteurs favorisant un sentiment de discrimination. Le taux d'emploi des personnes ayant vécu une situation de discrimination sur le lieu de travail est de

68 % contre 81 % en absence de situation de discrimination (Préau *et al.*, 2008). Enfin, selon la définition de l'INSEE, 28% des patientes atteintes de cancer pourraient être considérées comme pauvre (12% en population générale). La perception de revenus insuffisants est plus important (25%) que dans la population générale (20%). 25% des patients considèrent que leurs ressources ont ainsi diminué. L'impact financier est tel que 41% des patients ayant un emprunt en cours au moment du diagnostic ont rencontré des difficultés de remboursement (Cases *et al.*, 2008).

Pour la France, outre l'enquête CDV et quelques travaux de sociologie qualitative (Chassaing, 2010, Volkoff 2009) deux études, alliant questionnaires et entretiens auprès de salariés victimes d'un cancer, ont été récemment menées (INCA, 2012). L'une a été conduite en Île-de-France auprès de 87 médecins du travail et 402 salariés (atteints d'un cancer, toutes localisations confondues) et l'autre dans la région PACA auprès de 331 femmes atteintes d'un cancer du sein (INCA, 2012). Dans cette seconde étude, sur 266 femmes en emploi au moment du diagnostic, 27 % ne sont plus en emploi effectif 2 ans après. Le cancer du sein apparaît comme un facteur d'accroissement des inégalités sociales, dans le sens où les plus démunies ont moins de ressources propres pour y faire face et pour se réinsérer socialement et professionnellement dans la vie active suite à la maladie. Une troisième, conduite à Lille sur 273 patientes traitées pour un cancer du sein, montre un retour au travail de 80 % des personnes après un délai médian de 11 mois, et retrouve que le niveau d'études des femmes apparaît parmi les facteurs prédictifs du retour à l'emploi (Peugniez *et al.*, 2011). L'ensemble de ces travaux montre que la maladie n'a pas le même impact, sur le plan social, selon l'origine des personnes : elle affecte davantage les plus vulnérables.

Les données disponibles pour la France ne donnent qu'une description restreinte (deux ans après le cancer, toutes localisations confondues) ou parcellaire (sur des effectifs réduits) et ne permettent pas d'identifier précisément les groupes à risque. Sur ce fond de données lacunaires qui portent, de surcroît, essentiellement sur les travailleurs salariés, la situation des travailleurs indépendants est un point à peu près complètement aveugle de la statistique publique et de la recherche. L'enquête CDV 2004 permet seulement de constater que les indépendants partagent avec les ouvriers un même délai au diagnostic – plus tardif que chez les salariés – et un retour à l'activité plus précoce. Le caractère volontaire d'une partie de la couverture sociale des indépendants aboutirait-elle à des situations de fragilité sociale et économique quand la maladie survient ? La situation des indépendants face au cancer a-t-elle quelque chose à nous dire sur le fonctionnement de notre système de protection social ? Doit-

on considérer les indépendants comme un groupe à risque sur le plan des conséquences sociales du cancer ?

Autant de questions qui justifient qu'on s'intéresse au cas des indépendants face au cancer.

## **2. Le cas des professionnels indépendants**

Par « (professionnels)indépendants », on entend les professionnels éligibles à la couverture obligatoire du Régime social des indépendants (RSI). Le RSI est né en 2006 de la fusion des caisses de protection sociale des indépendants, artisans et commerçants. Les cotisants du RSI sont des travailleurs non salariés non agricoles ; ils exercent à titre personnel une activité artisanale, commerciale, industrielle ou libérale ; ils sont, dans certains cas, gérants majoritaires de sociétés. Le RSI a pour mission d'assurer la protection sociale obligatoire de ces professionnels assujettis et celle de leurs ayants droit (qui sont rattachés au RSI s'ils ne relèvent pas d'un autre régime). Les professionnels indépendants cotisent à la fois à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse du régime, sauf les professionnels libéraux qui relèvent d'autres organismes pour leur retraite.

Les indépendants représentent environ 10 % des actifs ayant un emploi. Le nombre de cotisants du RSI est en progression continue depuis plusieurs années, sous l'effet, notamment du statut d'auto-entrepreneur mis en place en 2009. Fin 2011, le RSI comptait 2,7 millions de cotisants, dont 36 % d'artisans, 41,2% de commerçants et industriels et 22,8% de professionnels libéraux ; soit un rythme de près de 13% en progression annuelle sur les trois dernières années. Globalement, depuis dix ans, le nombre d'assurés a progressé de 40%, soit +3,4% en moyenne annuelle.

Les indépendants bénéficient du remboursement des dépenses de santé dans des conditions identiques à celles des salariés, mais le reste de la protection en cas de maladie présente des spécificités fortes. Un dispositif d'indemnisation des arrêts de travail existe, réformé en 2002. Il offre le versement d'indemnités journalières pendant une période pouvant aller jusqu'à trois ans, au lieu d'un an auparavant. Signe de la sensibilité des comportements aux dispositifs, l'impact de cette réforme a été immédiat : en 2003 le nombre d'indemnités journalières servies a pratiquement doublé (RSI, 2013). Mais le montant journalier de ces indemnités, dépendant des cotisations sur le revenu d'activité de l'année précédente, est plafonné à 50,73 € par jour (janvier 2013) ; montant le plus souvent largement insuffisant pour compenser la diminution du chiffre d'affaires d'une activité dont la pérennité se trouve de surcroît menacée par la défaillance du dirigeant de l'activité. Plus encore, dans le cas des professionnels libéraux, les cotisations pour indemnités journalières en cas de maladie ne sont pas

obligatoires ; ils ne perçoivent donc pas d'indemnités de ce type lorsqu'ils n'ont pas cotisé. Dans tous les cas, en l'absence de souscription d'une assurance volontaire pour ce risque, les indemnités sont insuffisantes pour compenser la perte de revenus. Il n'existe pas, pour les indépendants, de dispositifs formels d'aménagement du travail lorsque la maladie survient. De tels dispositifs existent pour les salariés (avec toutefois des disparités) ; ils permettent notamment un maintien partiel dans l'emploi et une reprise progressive, des aménagements de tâches ou du poste de travail, voire une mutation dans un poste plus adapté si cela s'avère nécessaire. Surtout, à la différence d'un salarié de grande entreprise ou d'une des fonctions publiques, la pérennité de son entreprise peut être mise en péril lorsque le travailleur indépendant est empêché de travailler (perte des clients, typiquement).

Les données disponibles sont insuffisante pour organiser quelque réponse que ce soit à des effets qui ne sont pas connus à l'heure actuelle au niveau utile, c'est-à-dire dépassant les simples études de cas, mais détaillant suffisamment pour identifier des typologies de situations et d'acteurs sur lesquels l'action éventuelle pourrait avoir prise. C'est à cette fin qu'a été construit le programme de recherche IndepCan (pour « Indépendants face au cancer : logiques de protection volontaire et conséquences de la maladie »), actuellement en cours, dont on présente ici la problématique, l'objectif et la méthode (I) et les premiers résultats (II).

## **I. Le programme de recherche IndepCan**

Le programme de recherche IndepCan a été initié en 2010 par l'Unité de recherche en sciences humaines et sociales (URSHS) de l'Institut Gustave Roussy (IGR) avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer et du Régime social des indépendants (RSI). On en décrit ici les objectifs (1), la problématique (2) et la méthode (3)

### **1. Objectifs**

L'objectif principal du programme est de « *formuler, en vue de leur expérimentation, des dispositifs de prévention et d'accompagnement visant à réduire les conséquences socio-professionnelles, socio-économiques et psycho-sociales du cancer chez les indépendants en activité.* » Objectif pratique, donc, auxquels sont subordonnés les objectifs « intermédiaires » (c'est-à-dire auxquels il faut être parvenus d'abord pour remplir l'objectif principal) plus proprement cognitifs : 1) Documenter les *trajectoires professionnelles* des indépendants en activité touchés par le cancer ; et 2) Identifier les problèmes socio-professionnels et socio-économiques qu'ils ont rencontrés, liés à la survenue d'un cancer.

Un troisième objectif intermédiaire, interface entre l'objectif principal et les objectifs cognitifs précités est l'organisation d'une réflexion collective informée – par le moyen d'un symposium ou d'un colloque mettant en discussion des résultats d'enquête – sur les moyens de prévenir le risque socio-économique lié à la survenue d'un cancer.

## 2. Problématique

La *trajectoire professionnelle* évoquée au premier objectif intermédiaire est définie, dans notre projet, sur le critère du changement (ou de la permanence), dans une période de temps donnée, de l'activité professionnelle et de ses caractéristiques de métier, d'organisation, de génération de revenus, et de mode d'exercice (RSI ou autre régime). Cet objectif et cette définition posent deux types de questions appelant une mise en perspective théorique qu'on puise dans le corpus de la tradition sociologique qui s'intéresse, depuis Hughes, aux « *turning points* », aux « tournants de l'existence » (Hughes 1950), aux « ruptures biographiques » (Bury 1982), aux « épreuves » (Martucelli 2006), aux « bifurcations » (Bessin et al. 2009).

1. La première question est sur l'articulation entre trajectoire professionnelle passée et gestion de l'événement cancer et de ses conséquences professionnelle et économiques, notre hypothèse étant que les indépendants les mieux ancrés dans leur trajectoire professionnelle (les membres de professions réglementées, les artisans et commerçants « depuis toujours » *versus* les professionnels qui se trouvent dans le statut d'indépendant de manière plus ou moins accidentelle) sont ceux qui en changeront le moins après cancer, et que cet ancrage est socialement distribué.
2. La seconde est sur l'articulation des sphères personnelle et professionnelle, notre hypothèse étant que cette distinction, si elle est pertinente, ne s'organise pas de la même façon chez les indépendants (qui « font corps » avec leur activité professionnelle) et chez les salariés ; que les porosités et systèmes de conséquences réciproques (de la maladie sur la vie, de la vie sur la gestion de la maladie) ont, chez les indépendants, des caractéristiques typiques coextensives avec la nature de l'ancrage dans le statut d'indépendant.

Un programme de recherche sur ces questions devait logiquement combiner des données quantitatives (objectiver les changements et leur distribution dans la population des indépendants, les quantifier) et qualitatives (en comprendre le sens vécu et le processus). C'était d'ailleurs l'enseignement qu'on pouvait tirer des communications et échanges d'un symposium organisé par la même équipe en 2009 sur les indépendants face au cancer, qui réunissait chercheurs en sciences sociales, professionnels de la protection sociale

(RSI) et représentants associatifs (Ligue) (URSHS 2010)<sup>1</sup>. Dressant le constat de la pauvreté des données sur le sujet, les communications et les échanges suggéraient la mise au point d'une enquête « mixte », qualitative et quantitative. C'est sur cette base que le programme IndepCan est construit. La méthode combine un volet quantitatif réalisé par l'INSERM pour l'INCa dans le cadre de la réédition en 2011 de l'enquête CDV (a), et un volet qualitatif réalisé par l'URSHS (b).

### **3. Méthode**

L'étude Indepcan est une recherche à « méthode mixte », combinant approche qualitative et quantitative.

#### **a) Volet quantitatif**

Le volet quantitatif consiste en questions spécifiques posées aux indépendants dans le cadre de l'enquête CDV 2011, réédition de l'étude CDV 2004, conduite par l'INSERM pour l'INCa. Pour obtenir la puissance nécessaire, l'échantillon d'indépendants de cette enquête a été surreprésenté. L'échantillon initial d'indépendants à interroger (n=500) retenu par l'enquête CDV 2011 de l'INCa a été fourni par le RSI à partir des fichiers des ALD cancer. C'est le même fichier qui a servi à l'échantillonnage des personnes à interroger pour le volet qualitatif par entretiens semi-structurés. Des questions de liaison posées systématiquement en fin d'entretien, identiques à celles du questionnaire CDV, permettent d'articuler les deux recueils (chaînage non nominatif). L'équipe de l'INSERM et l'INCa communiqueront en temps utile sur l'enquête CDV dont le recueil a été achevé en 2012. On ne déflorera pas ici leur sujet et l'on se concentre sur le volet qualitatif.

#### **b) Volet qualitatif**

Un échantillon de professionnels indépendants touchés par un cancer a été constitué de manière rétrospective par extraction depuis les bases de données du RSI.

##### **1. Plan d'enquête**

L'enquête par entretiens auprès des indépendants est prévue pour s'organiser en deux vagues à un an d'intervalle sur la même population (les personnes répondant en vague 2 ont répondu en vague 1). On attend beaucoup de cette vision longitudinale particulièrement pour apprécier

---

<sup>1</sup> Un volume d'actes est en préparation pour publication fin 2013 aux Presses de Gustave Roussy (<http://GustaveRoussyPress.fr>).

les réarrangements professionnels, la consolidation éventuelle d'une « période caractérisée par un nouveau régime » (Abbott, 2001) qui signerait une bifurcation possible.

À ce jour, seule la première vague a été réalisée (la seconde étant programmée pour commencer en novembre 2013).

## 2. Échantillonnage

La donnée pivot était l'inscription à l'ALD (prise pour date de référence du diagnostic, bien que, en pratique, ce diagnostic ait pu être un peu antérieur). Les personnes visées étaient des indépendants assurés au RSI (y compris des conjoints collaborateurs) inscrits pour la première fois en ALD 30 deux années avant le début de l'enquête et âgées de 18 à 60 ans à la date d'inscription à l'ALD. Les personnes radiées du régime depuis la primo-inscription en ALD étaient également sollicitées. L'échantillonnage était identique en plusieurs points à celui de l'enquête CDV : pour la période (ALD entre le 01/01/2010 et le 30/06/2010) et la localisation (sein, prostate, thyroïde, mélanome, colon-rectum, voies aéro-digestives supérieures, vessie, rein, lymphome non hodgkinien, corps utérin, col de l'utérus, poumon)<sup>2</sup>.

L'échantillon a été stratifié sur le groupe professionnel pour permettre une représentation équitable des trois principales catégories de professionnels indépendants : artisans, commerçants ou professions libérales<sup>3</sup>. L'échantillon a été stratifié selon le lieu de résidence, à parité entre les indépendants rattachés à la caisse d'Île-de-France et les indépendants rattachés à cinq grandes caisses régionales (Aquitaine, Nord Pas-De-Calais, Côte d'Azur, Provence Alpes, Rhône), afin d'améliorer les conditions de faisabilité et permettre de la réalisation des entretiens en face à face le plus souvent possible<sup>4</sup>. Les entretiens ont été menés en face à face ou par téléphone selon les possibilités.

Six entretiens exploratoires avaient été réalisés en dehors de l'échantillon.

## 3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien s'ouvrait sur la consigne suivante : « *Nous allons parler de votre expérience de la maladie et des conséquences que cela a pu avoir sur votre vie, en particulier*

---

<sup>2</sup> Ces douze localisations correspondent à celles incluses dans l'enquête CDV 2011. Le cancer du côlon, du poumon, de la prostate, du sein, du rein, de la vessie, de la thyroïde, du col utérin ou des ovaires représentent deux tiers des cancers chez les professionnels indépendants - 65,7 % des cancers pour les hommes et 68,3 % pour les femmes (RSI, « Les affections de longue durée », *L'essentiel médical* 2009).

<sup>3</sup> La distribution du cancer chez les indépendants du RSI est de 47 % chez les commerçants, 40 % artisans et 13 % chez les professions libérales (RSI, « Les affections de longue durée », *L'essentiel médical* 2009 (vol 3). Les professions libérales sont surreprésentées en Île-de-France.

<sup>4</sup> Trois régions regroupent 40 % des cotisants : l'Île-de-France (17,9 %), la région Rhône-Alpes (11,5 %) et la région PACA (10,4 %).



*sur votre vie professionnelle. Peut-être pourriez-vous commencer par me raconter comment vous avez commencé votre vie professionnelle ? C'était quand ? En quelle année ? »*

La thématique de l'entretien était au croisement de la sphère professionnelle et de la sphère de santé ; la sphère personnelle était explorée. Les effets du cancer sur l'activité professionnelle étaient saisis spécifiquement à travers une série de questions dont l'un des points de basculement était : « *Diriez-vous qu'il y a un avant et un après la maladie ? Sur le plan professionnel ? Et plus généralement ?* ». Cette distinction d'un avant et après la maladie visait à permettre la cristallisation des éléments relatifs à l'impact du cancer sur l'activité professionnelle.

#### 4. Traitement des entretiens

On a utilisé le logiciel d'aide à l'analyse de données qualitatives (*Qualitative Data Analysis – QDA*) nVivo, v. 9. Bien connu de la communauté des qualitatifs, nVivo permet de constituer une base de données textuelle structurée à partir des thèmes identifiés par les chercheurs, de maintenir des tables de caractéristiques de répondants et de croiser l'ensemble pour répondre à des questions telles que « *Que disent les répondants ? Qui sont ceux qui disent telle chose ? Quelles sont les trajectoires passées des indépendants qui bifurquent après cancer ?* », etc.

Le logiciel de QDA permet de réagir très rapidement à l'évolution de l'analyse. Son utilisation va de pair avec une organisation du travail qui s'accommode bien du travail collectif. L'outil a des répercussions sensibles et favorables à la qualité des données et des analyses, sur toute la chaîne de production d'enquête.

#### 5. Analyse

L'analyse proprement dite consiste en une « conversation » avec les données permettant de dégager des thèmes, d'éprouver la consistance des questions de recherche, de faire émerger de nouvelles questions dont la consistance, à leur tour doit être éprouvée en retournant aux données, en recodant, si cela s'avère utile, *ad lib*.

## II. Résultats (volet qualitatif, première vague)

### 1. Population interrogée

À partir de la base de données du RSI, sur un total de 499 professionnels indépendants inclus dans l'échantillon initial, une fois exclus les doublons (n=10) on a pu obtenir les coordonnées téléphoniques de 265 personnes (nécessaires pour la prise de rendez-vous, et donc condition

pour participer). Parmi elles, quatre étaient décédées au moment de l'enquête, sept étaient en dehors de la cible de l'enquête (leur cancer remontait à plus de deux ans ou ils étaient salariés au moment du diagnostic), quinze n'ont pas été contactées car les quotas étaient atteints<sup>5</sup>, 96 étaient injoignables par téléphone ; sur 143 personnes sollicitées, 46 ont refusé et 12 ont accepté puis abandonné, soit un taux de participation de 59 %.

---

<sup>5</sup> On a cherché à respecter la répartition des trois groupes professionnels – artisans, commerçants ou professions libérales – dans l'échantillon des personnes interrogées.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des personnes interrogées dans l'étude IndepCan (n=91)

	N	%
<b>Sexe</b>		
Masculin	45	49,5
Féminin	46	50,5
Total	91	
<b>Lieu d'exercice</b>		
Ile-de-France	55	60,4
Province	36	39,6
Total	91	
<b>Niveau d'études</b>		
CAP, BEP ou inférieur	31	37,8
Bac	7	8,5
Supérieur au bac	44	53,7
n/d	9	
Total	91	
<b>Age au diagnostic</b>		
Moins de 40 ans	9	9,9
40 à 49 ans	40	44,0
50 à 57 ans	25	27,5
58 ans et plus	17	18,7
Total	91	
<b>Catégorie professionnelle</b>		
Artisan	31	34,1
Commerçant	35	38,5
Profession libérale	25	27,5
Total	91	

Tableau 2. Localisation du cancer des personnes interrogées dans l'étude IndepCan (n=91)

<b>Type du cancer</b>		
Sein	35	38,5
Organes digestifs	13	14,3
Urologique	8	8,8
Poumon	6	6,6
Thyroïde	6	6,6
Lymphome	6	6,6
Mélanome	5	5,5
Prostate	4	4,4
Autre	8	8,8
Total	91	

Nous avons donc interrogé 91 professionnels indépendants, dont 34,1 % d'artisans, 38,5 % de commerçants et 27,5 % de professions libérales, soit une légère surreprésentation des professions libérales et une sous-représentation des commerçants. Ces professionnels avaient majoritairement une quarantaine d'années (44 %) au moment du diagnostic ; 81,3 % étaient âgés de 57 ans ou moins quand leur cancer s'est déclaré. L'échantillon était pour moitié composé de femmes (50,5 %) en raison de la forte prévalence des cancers du sein parmi la population de l'enquête (38,5 % dans l'échantillon de l'étude)<sup>6</sup>.

## 2. Éléments de contenus

Plus que des changements au sens strict du terme, les conséquences immédiates qu'il a été possible d'identifier dans nos premières analyses mettent en lumière des ajustements. Ceux-ci renvoient avant tout à la question du maintien de l'emploi et, au fond, de l'aménagement du travail. Ainsi, le premier élément que confirme notre terrain est que, dans le cas des indépendants interrogés, l'effet du cancer sur l'activité professionnelle est indissociable de l'effet du mode d'exercice professionnelle et du statut d'emploi sur l'expérience de la maladie.

Dans une perspective du cancer comme « épreuve », qui « engage une conception de l'individu comme un acteur qui affronte des problèmes » (Martuccelli, 2006), on vérifie que des choix sont faits par les personnes concernées, dont la signification est dépendante du contexte, c'est-à-dire des contraintes auxquelles elles sont soumises et des ressources dont elles disposent, des possibles qui s'offrent à elles.

### 1. La diversité des positions professionnelles dans le régime des indépendants

Une analyse globalisant la catégorie « indépendants » s'avère impossible, tant est grande la diversité des professions inscrites dans le régime. Quoi de commun en effet entre le notaire « installé », le commerçant propriétaire de plusieurs salons de coiffure, l'artisan maçon qui travaille de chantier en chantier avec plus ou moins de régularité, le cameraman qui tente de trouver dans l'auto-entreprise une solution alternative au statut d'intermittent qu'il ne parvient plus à obtenir ? À l'intérieur même d'un statut et d'une profession des réalités contextuelles très différentes peuvent exister. L'exemple de madame Renaud et de madame Revelli est à cet égard éclairant.

---

<sup>6</sup> Le cancer du sein est en effet le plus fréquent en termes d'incidence chez la femme en France et sa survie relative à 5 ans est « très bonne », supérieure à 80 % (sachant que la survie varie, selon le type de cancer, de 6 à 95 %) (InCa, 2013).

Respectivement âgées de 51 et 47 ans au moment de l'entretien, elles exercent toutes deux la profession d'avocat. Elles relèvent ainsi du même statut, à savoir celui de profession libérale. A quelques années d'intervalle (qui s'expliquent par leur différence d'âge), elles ont suivi des études identiques. Titulaires d'une maîtrise de droit, elles ont ensuite intégré l'école d'avocat avant de faire leur entrée dans la vie active. En tant qu'avocates stagiaires durant les quatre premières années qui ont suivi leur sortie de l'école, puis en tant qu'avocat titulaire une fois ce stage de fin d'étude validé. Au cours de ces quatre années de stage, madame Revelli et madame Renaud sont rémunérées au même titre, celui de collaborateur libéral<sup>7</sup>. C'est à l'issue de cette période que leurs parcours divergent.

La première reçoit une proposition du patron du cabinet dans lequel elle a réalisé son stage. Il lui offre la possibilité de devenir associée. Proposition qu'elle accepte sans hésiter dans la mesure où les quatre dernières années se sont déroulées dans les meilleures conditions et où, au surplus, la « *structure artisanale* » du cabinet lui convient parfaitement<sup>8</sup>. Madame Revelli va ainsi travailler dix années supplémentaires au sein de ce cabinet, assumant des responsabilités et bénéficiant d'un intéressement croissant au fil du temps. Lorsque son associé décède, elle décide de conserver la structure juridique du cabinet tout en changeant de locaux ; locaux qu'elle partagera – sans aucune autre forme de lien juridique – avec une ancienne camarade de promotion ayant elle-même ouvert son cabinet. Après 12 ans dans ces locaux, madame Revelli et sa partenaire déménagent dans la même ville. Au moment de l'entretien, elle est installée depuis trois ans dans son nouveau bureau (qui, en réalité, fait partie de son domicile ; à moins que ce ne soit l'inverse ?), celui dans lequel elle exerçait en 2010, au moment du diagnostic du cancer du sein dont elle était atteinte.

Madame Renaud a pris une autre voie. A la fin de son stage de fin d'études, elle est demeurée collaboratrice libérale ; statut qu'elle qualifie de « *salariat déguisé* ». Exerçant pendant 12 ans au sein du même cabinet, elle a été brutalement mise à la porte « *au motif que ..., avec deux autres collaboratrices — on a été virées trois le même jour —, au motif que mon contrat n'était plus en conformité avec les nouvelles règles ordinaires* ». Une expérience dont madame Renaud conserve un souvenir amer et un avis sans ambages quant à la fonction de collaborateur libéral : « *On n'a pas de sécurité ..., donc c'est-à-dire qu'ils peuvent nous virer*

---

<sup>7</sup> C'est en 1992 que le statut de collaborateur salarié verra le jour.

<sup>8</sup> Par « *structure artisanale* », madame Revelli désigne deux attributs principaux du cabinet. Le premier peut-être qualifié de quantitatif : seules quatre personnes travaillent dans le cabinet : madame Revelli, son futur associé et leurs deux assistantes. Le second est plus qualitatif : la « *politique* » du cabinet est moins de multiplier le nombre de clients que de développer avec eux une réelle proximité et un suivi complet.

*[...] comme on veut quand on veut, donc il leur suffit de respecter un préavis, ils peuvent nous virer sans motif, à tel point qu'aujourd'hui, même les avocates enceintes on les vire ».*

A la suite de ce licenciement, madame Renaud se sépare de son époux et quitte la région pour se rapprocher de ses parents. Elle tente de combiner collaboration libérale et installation à son compte en alimentant cette dernière activité par le biais d'un seul client : un syndicat de copropriété au sein duquel des membres de sa famille tiennent un rôle important. Lorsque l'organisation de ce dernier sera modifiée, madame Renaud perd l'essentiel de son activité propre. Cet événement, en 2006, est l'occasion d'un nouveau déménagement. Après six mois de recherche, madame Renaud trouve un poste de collaboratrice libérale dans sa nouvelle région de résidence tout en développant une mince clientèle privée. Le poste lui impose une charge de travail qu'elle n'a jamais connue jusque-là (« *Je partais de chez moi à 7h00 du matin et je rentrais à 23h00* ») et qu'elle occupe au moment où on lui diagnostique un cancer du sein en 2010.

Bien entendu, les cas de madame Revelli et de madame Renaud permettent de « charger le trait » au sens où ils mettent en relief des contrastes particulièrement forts. Par ailleurs, ils peuvent en un certain sens n'être considérés que comme partiellement révélateurs puisque, au fond, madame Revelli et madame Renaud n'ont pas tout à fait le même statut au moment du diagnostic de cancer. L'une est associée, l'autre est essentiellement collaboratrice libérale. Mais, nous l'avons vu, leurs itinéraires professionnels et leurs statuts « se croisent », montrant bien qu'à des professions et des statuts identiques correspondent parfois des réalités extrêmement différentes.

L'échantillon sur lequel nous avons travaillé n'est pas avare de ces situations. Ainsi, ces deux artisans qui travaillent seuls, sans salariés. Monsieur Grosso est menuisier/poseur de fenêtres et monsieur Petrovic est électricien. Tous deux opèrent dans « *le neuf comme dans la rénovation* ». Mais lorsque le premier exerce son activité essentiellement à travers des contrats de sous-traitance passés auprès de grandes entreprises, et stables depuis de nombreuses années, le second n'a aucune véritable visibilité sur l'avenir, passant d'un chantier à l'autre au gré du bouche-à-oreille alimenté par les clients satisfaits ou les collègues spécialisés dans d'autres corps de métier et prêt à « refaire équipe » avec lui.

Dans la même logique, on pourrait citer le cas de monsieur Nieto et de monsieur Leroux, tous deux chauffeurs de taxi, mais dans une activité extrêmement « routinière » pour le premier (car assurant depuis plusieurs années la quasi-totalité de son activité par le transport scolaire quotidien d'enfants handicapés) et beaucoup plus soumise aux aléas de l'exercice « classique » (parfois de nuit) de cette profession pour le second. Il nous suffit pour l'heure de

souligner la diversité des situations se trouvant derrière des professions et des statuts identiques. Ceci n'est évidemment pas sans conséquence pour l'analyse que l'on peut faire des liens entre cancer et activité professionnelle des indépendants.

## **2. Maintenir l'activité : « The Show Must Go On »**

Pour autant, une constante traverse l'ensemble de notre échantillon, à l'exception peut-être de quelques cas singuliers – tel celui de madame Renaud – qui se trouvent dans des situations particulièrement hybrides, parfois plus proches du salariat que de l'indépendance<sup>9</sup>. Cette constante peut être rapportée au statut d'emploi des indépendants. Elle révèle que, sitôt le diagnostic de cancer confirmé et les modalités du traitement déterminées, les travailleurs indépendants sont confrontés à une interrogation dont la détermination des réponses est d'emblée une urgence : Comment assurer la continuité des activités de l'entreprise et, ce faisant, sa pérennité ?

L'exemple de madame Arnaud est particulièrement éclairant quant à cette problématique. Madame Arnaud est psychologue libérale. Après une première carrière d'éducatrice auprès d'enfants dans l'enseignement privé (durant 16 ans), elle a repris des études de psychologie au milieu des années 1990. Son cursus achevé, elle ouvre son cabinet de psychologue pour enfant en 2004. Six ans plus tard, lorsqu'on lui diagnostique un cancer du sein à l'occasion d'une mammographie de contrôle, son activité a trouvé un « rythme de croisière » avec « *entre trente-cinq et quarante patients par semaine* ». Madame Arnaud décrit en ces termes sa sortie du cabinet médical dans lequel on vient de réaliser la biopsie de la tumeur dont elle souffre<sup>10</sup> : « *Ils m'ont dit : « Il va falloir vous faire opérer, on va vous envoyer vos résultats ».* Voilà, donc en fait quand je sors du cabinet de radiologie où il y a la biopsie je pars avec un petit dossier de radio, de biopsie, mais il y a juste un petit commentaire bref sur le prélèvement, et ensuite le prélèvement il est analysé et il faut quinze jours. Donc moi je pars avec ça, sachant qu'il y a quelque chose qui va pas, et donc je contacte le médecin qui me suit, la gynécologue qui me suit, je vais la voir un peu en urgence, mais parallèlement je sais qu'il faut que je me fasse opérer, donc j'ai tout de suite ..., j'étais un peu dans la panique, et j'étais dans la panique au niveau de mon travail surtout, c'est-à-dire je commençais à penser : « Comment me faire opérer sans perdre mes patients », enfin sans perdre mes

---

<sup>9</sup> Ces statuts hybrides ne doivent cependant pas être « négligés », en particulier parce qu'ils peuvent être considérés comme symptomatiques d'une forme de continuum qui pourrait exister entre salariat et indépendance ; continuum comportant un éventail extrêmement large de situations et interrogeant notamment l'autonomie souvent présentée comme caractéristique du travail indépendant – en même temps que le nombre d'heures consacrées à l'activité professionnelle et sa forte variabilité (Algava et al., 2012).

<sup>10</sup> Nous ne nous arrêtons pas ici sur la question du dispositif d'annonce.

*rendez-vous, c'était même pas perdre mes patients, parce que le planning en fait il est toujours ..., il est fait longtemps à l'avance, puisque mes rendez-vous souvent c'est des rendez-vous hebdomadaires ».*

Les quinze jours suivants, ceux de l'attente des résultats de la biopsie, sont eux aussi marqués de la même empreinte : *« Je cherche beaucoup à comprendre, et puis donc en même temps tout est focalisé là-dessus, toutes mes pensées sont obsédées par ça, et en même temps je ne pense qu'à mon travail, c'est-à-dire ne pas ..., surtout ne pas ..., ne pas modifier ..., oui, c'est plus que ça encore, ne pas compromettre et ... ne pas compromettre et ..., et que ça ne se voie pas [...] Donc j'étais très chargée et c'était difficile de m'organiser donc il a fallu que ..., j'étais complètement obsédée par ça, par trouver le moyen de garder tout ».* De façon moins criante, mais tout aussi révélatrice, madame Revelli avait exprimé la même inquiétude : *« De toute façon, je tenais à rien changer, je m'étais mis dans la tête qu'il fallait que ..., enfin ça a été vrai pour plein de choses, je me suis dit : « Je veux au maximum et le plus longtemps possible ne rien changer à ma vie habituelle ». Donc effectivement je suis venue tous les jours travailler, et je faisais mes examens, [...] Mon idée c'était ça, c'était de rien changer ».*

Bien sûr, l'urgence économique (immédiate et de plus long terme) pourrait apparaître comme le principal voire l'unique moteur de ces postures. Mais les cas de madame Arnaud et madame Revelli, sensiblement distincts sur ce plan, plaident pour élargir l'analyse<sup>11</sup>. Les propos tenus par madame Arnaud sont une nouvelle fois intéressants de ce point de vue : *« Il y avait à la fois le problème financier, effectivement pas de couverture, j'avais pas pris d'assurance particulière [...] Je l'avais pas prise, et de toute façon je crois que même si je l'avais prise, au début c'était hors de question que je m'arrête, c'est-à-dire que oui je pense qu'effectivement c'est une sauvegarde, c'est vital de travailler, c'est vital ».* Et plus loin : *« Ça a été très difficile, parce que c'est arrivé en fin d'année, mai, fin mai, juin, et c'est vraiment la période où j'ai le plus de travail. C'est le rush à ce moment-là, c'est le rush pour les enfants, parce qu'effectivement en fin d'année scolaire on commence à [...] Tous mes patients, [...] parce que j'allais pas les laisser tomber en route... ».*

On le voit, se mêle à la dimension strictement économique de la question du salaire de subsistance, un ensemble complexe mêlant souci de la clientèle, inquiétude relative à la pérennité de l'entreprise ou encore conception du travail comme « support » pour affronter la maladie, etc. Les significations de cet écheveau de motifs restent encore à démêler. C'est

---

<sup>11</sup> Concrètement, madame Arnaud semble moins bien dotée que madame Revelli dans ce domaine. Elle évoque toutefois des gains de l'ordre de 2500 euros nets par mois au moment de la survenue de la maladie. L'hypothèse doit donc être creusée plus avant.



d'ailleurs probablement cet écheveau qui amena Madame Durand, commerçante parisienne exerçant seule depuis 28 ans, à interpeller d'une manière singulière les médecins chargés de réaliser le diagnostic du cancer du sein pour lequel elle a été traitée : « *Quand j'ai été diagnostiquée, moi je leur ai dit : « D'après la biopsie vous savez de quel type de cellules il s'agit, donc voilà ma situation, si je dois vendre mon magasin vous me le dites ».* Et là ils m'ont dit : « *Non, on pense qu'il y aura ablation du sein »* ». Et d'interroger de la même façon sa gynécologue : « *Oui, j'ai eu la sensation qu'on me disait les choses, même si elles étaient dures à encaisser, mais au moins on sait qu'on va pas vous raconter des bobards. Moi quand j'ai dit : « Est-ce qu'il faut vendre le magasin ? » et que la gynéco me répond en rigolant : « Non, quand vous allez reprendre le boulot les emmerdeuses vont vous aider à guérir », là on s'est un peu marrées »*<sup>12</sup>.

### **3. Ajuster le cancer à l'activité**

De toute évidence, les effets du statut d'emploi chez les professionnels indépendants atteints de cancer doivent donc faire l'objet d'une analyse serrée, centrée sur la question du maintien de l'emploi sans négliger celle du retour au travail. Plus loin, cette analyse doit être menée de front avec celle du problème de la conciliation de la maladie et de l'activité professionnelle. Car, nous venons de le voir, la question du maintien de l'emploi est en réalité le plus souvent synonyme pour les indépendants que nous avons rencontrés de continuité dans l'exercice de l'activité professionnelle durant la phase de traitement de la maladie.

Suivant des modalités différentes et une intensité variable, nos enquêtés n'interrompent effectivement que rarement leur activité<sup>13</sup>. A cet égard, il convient de noter que les effets du statut d'emploi ne vont pas jusqu'à impliquer une négociation de la part des travailleurs indépendants en direction du corps médical autour du traitement de la maladie (en particulier du calendrier mis en place à cet effet par le spécialiste). La programmation de l'acte chirurgical visant à ôter ou réduire la tumeur, les dates et les intervalles fixés pour les cures de chimiothérapie ou les séances de radiothérapie, etc., représentent ainsi un fait qui s'impose aux individus. Il faut donc faire avec cet impératif catégorique (parfois vécu comme un *fatum*) pour les travailleurs indépendants interviewés. Et, en l'occurrence, bien souvent continuer de travailler avec cette contrainte.

---

<sup>12</sup> Les « *emmerdeuses* » constituent une partie de la clientèle de madame Durand.

<sup>13</sup> Parfois tout en bénéficiant d'un arrêt maladie, parfois en ne le sollicitant même pas (ou en ne pouvant pas en bénéficier). Les arrêts de « quelques jours » (souvent en raison d'une intervention chirurgicale et/ou d'une hospitalisation) sont nombreux. Ajoutons peut-être ici que la localisation de la tumeur et son stade de développement au moment du diagnostic – donc, *in fine*, le pronostic même de la maladie – constituent des éléments déterminants. Ils peuvent ainsi rendre l'arrêt du travail inéluctable.

C'est dans l'optique des propres effets de la maladie sur l'emploi qu'il convient d'aborder cette question. En la matière, ce sont des stratégies et des adaptations qui se font jour. Elles révèlent parfois un haut degré d'organisation et sont fonctions de ressources variables dont l'autonomie dans la gestion de son temps n'est qu'un des aspects. Ainsi, le récit de madame Arnaud : *« Moi je n'avais qu'une envie c'était qu'on me dise quand est-ce que ça allait commencer, quels jours ça pouvait être, et ce qu'il fallait c'était que je mette ..., enfin psychologiquement, si vous voulez, il fallait que je pose ça noir sur blanc pour pouvoir m'organiser [...] Alors je prenais mon mardi. J'avais trouvé un protocole pendant toute cette durée des six cures, donc six cures ça devait faire à peu près deux mois et demi il me semble, ou quelque chose comme ça. Donc j'avais trouvé un protocole où j'allais faire ma chimio le vendredi matin, je me reposais samedi, dimanche, lundi, mardi, je reprenais le mercredi. Donc la semaine qui suivait je travaillais mercredi, jeudi, vendredi, et la semaine suivante il y avait ce qu'on appelle le pic de baisse immunitaire, de baisse des globules, dû à la chimio, et je crois que c'était le onzième jour, quelque chose comme ça, où là il fallait ..., le médecin m'avait prévenue que j'allais avoir un pic de fatigue et de baisse de globules et que surtout je pouvais attraper tout ce qui traînait et donc lui il m'avait quand même conseillé de pas travailler puisque je travaillais auprès d'enfants. Mais j'ai dit : « C'est hors de question ». Donc il m'a dit aussi : « Ben c'est bien aussi que vous travailliez parce que c'est mieux, vous pouvez quand même ... ». Donc la deuxième semaine, enfin la semaine qui suivait, je prenais mon mercredi au milieu de la semaine, pour couper la semaine. Et la troisième semaine, je ne travaillais pas le vendredi, puisque je remettais ça. Donc finalement, chaque semaine il y avait un jour en moins où je ne travaillais pas. Donc je travaillais trois jours au lieu de quatre jours ».*

Ce type d'ajustements n'est d'ailleurs pas exclusif des situations dans lesquelles l'activité professionnelle n'est jamais interrompue (montrant au passage que les différents aspects des liens entre cancer et activité professionnelle des indépendants abordés ici sont bien interdépendants et exigent une analyse symétrique). Il peut ainsi concerner également le retour au travail. C'est ce que met en lumière l'expérience de madame Durand : *« Il y avait l'euphorie d'être sortie de tout ça, mais il y avait la fatigue derrière. Mais j'avais un rythme qui était assez particulier, c'est-à-dire je me levais c'était 07h45, j'ouvrais le magasin à 10h00, 13h00 je fermais, je mangeais ce que je m'étais amené dans des thermos, parce que suite à la chimio j'arrivais pas à manger n'importe quoi. Et puis je me reposais un moment à l'atelier. 14h30 je rouvrais, 19h00 pile je fermais et je rentrais. 21h15 le soir j'étais couchée.*

*Bon, c'était positif, dans le sens au niveau moral on considère qu'on n'est plus malade. Mais au niveau physique après j'ai eu un contrecoup»<sup>14</sup>.*

La maladie et son traitement, ainsi que leurs diverses implications sur le plan physique et mental, ne sont donc pas sans effets sur la vie professionnelle des travailleurs indépendants. C'est évidemment moins l'assertion en elle-même que les faits auxquels elle renvoie qui méritent l'attention. Tout d'abord, elle signifie que, d'une façon ou d'une autre, l'activité professionnelle se poursuit durant la maladie et son traitement. Ceci dans une proportion importante puisque 30% de notre échantillon a déclaré ne s'être jamais arrêté de travailler et un enquêtés sur deux n'a pas interrompu son activité professionnelle plus d'un mois. Si l'on prend soin de mettre en perspective ces chiffres avec le caractère manifestement relatif de la notion d'interruption de l'activité professionnelle – à l'image du cas de madame Durand cité plus haut –, il est même possible, dans l'attente de l'approfondissement de ces résultats, d'évoquer une tendance forte ici. A ce titre, il apparaît que l'exercice de l'activité professionnelle des indépendants touchés par le cancer connaît un certain nombre d'aménagements, d'ajustements et d'adaptations dont nous n'avons présenté ici que quelques-uns des aspects ; aménagements qui reposent largement sur les épaules de la personne concernée et de son entourage (professionnel, amical et familial).

Cette « conciliation » n'est sans doute pas sans conséquences sur la santé de l'entreprise (comme sur celle de l'indépendant lui-même d'ailleurs) et peut-être, à plus long terme, sur l'emploi de l'indépendant à proprement parler. Par ailleurs, on doit se demander – à partir d'une échelle temporelle plus longue là aussi – si les ajustements qu'impliquent la maladie et ses traitements en matière d'exercice de l'activité professionnelle, ne trouvent pas à se prolonger après la phase aiguë du cancer ? Sans doute pas tels quels, mais peut-être sous une autre forme qui en serait comme une variation ? Le cancer pourrait alors être, par exemple, source de modifications structurelles dans le rapport au travail des professionnels indépendants. « Nouveau rapport au travail » qui ne saurait lui non plus demeurer sans effets sur l'entreprise et l'emploi de l'indépendant<sup>15</sup>.

C'est d'ailleurs ce que donne à penser le récit poignant de madame Durand : « *Je me fais remplacer de temps en temps depuis que j'ai été malade [...] Parce que je suis diminuée, j'ai moins de résistance, besoin de beaucoup plus dormir, enfin bon, il y a beaucoup de choses, je*

---

<sup>14</sup> Précisons que le retour au travail de madame Durand est un retour relatif dans la mesure où elle ne l'a pas quitté au sens strict du terme. En effet, au cours de sa période d'arrêt maladie, elle se rendait pratiquement quotidiennement à son magasin : « *Je passais, je venais vers 16h30-17h00, ouvrir le courrier et voir comme ça ...* ». Allant même jusqu'à « *guider [sa « remplaçante] sur certains clients* ».

<sup>15</sup> Sans parler des porosités potentielles en la matière avec la sphère privée.

*mange pas pareil, il y a des aliments que je tolère plus [...] C'est moins de résistance, nerveusement je suis en ce moment avec un manque de patience ... C'est difficile à supporter certaines situations, il y a des gens qui sont lourds [...] Sur le plan personnel, oui d'accord, mais moi dans ces cas-là je me barre, mais sur le plan professionnel, les bonnes femmes ..., enfin je pense à une qui l'autre jour a commencé à me raconter toujours la même chose, qu'elle n'y voyait pas dans telle situation, mais ça fait dix ans que ça dure, elle a fait trois ophtalmos, personne a trouvé la solution, moi je l'ai pas trouvé, il y a pas de solution, il y a que des compromis, elle me racontait la même chose que ce qu'elle me raconte depuis dix ans, j'étais là et ça m'a ..., j'ai trouvé ça tellement pesant qu'à un moment elle me dit : « Oh vous avez pas l'air d'aller bien, vous êtes vraiment pâle ». Mais j'avais envie de lui dire : « Mais c'est toi qui me bouffe ! ». Et j'ai failli lui dire : « Mais tu m'emmerdes ma pauvre fille, tu m'emmerdes, est-ce-que t'as réfléchi que depuis dix ans c'est quand t'es face à ton ordinateur de telle manière et que t'y passes tant d'heures que t'y vois rien ? Bon ben donc on peut rien ! ». On lui a suggéré de relever la tête plus souvent, enfin je sais pas quoi, il y a rien à faire ». Mais, nous l'avons dit plus haut, ce n'est que la seconde vague d'entretiens qui permettra de valider – ou, disons, d'étoffer cette hypothèse.*

## **Bibliographie**

**Abbott A. (2010)**, « A propos du concept de Turning point », in **Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir.) (2010)**, *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, p.187-211.

**Algava E., Cavalin C., Célérier S. (2012)**, « La singulière bonne santé des indépendants », *Travail et emploi*, n°132, p.5-20.

**Cases C., Malavolti L., Mermilliod C. (2008)**, « Évolution des ressources et difficultés économiques à la suite d'un cancer », in **Le Corroller-Soriano et al. (2008)**, p. 272- 286.

**Célérier S. (2008)**, « Cancer et activités professionnelles des malades : les enseignements de 30 ans de littérature internationale sur le thème », *Sociologie Santé*, n°28.

**Chassaing K., Waser A.M. (2010)**, « Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail ? », *Travailler*, 23, p. 99-136.

**FRANCIM, INCA, HCL, INVS (2013)**, *Survie des personnes atteintes de cancer en France - 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim*, 2013

**Grossetti M. (2006)**, « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 2006/1, n°120, p.5-28.

**Hugues E. C. (1996)**, *Le regard sociologique*, Paris, EHESS.

**Inca (2013)**, *La situation du cancer en France en 2012*, Paris, Inca.

**INCA (2012)**, *Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer*, Paris, Etat des lieux et connaissances.

**INVS (2011)**, *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011*  
Rapport technique.

**Le Corroller-Soriano A.G., Malavolti L., Mermilliod C. (cord.) (2008)**, *La Vie deux ans après le diagnostic de cancer. Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades*, DREES-INSERM, Paris, La Documentation Française.

**Malavolti L., Paraponaris A., Ventelou B. (2008)**, « La reprise du travail après un diagnostic de cancer : un processus distinct entre hommes et femmes », in **Le Corroller-Soriano et al. (2008)**, p. 259- 270.

**Martuccelli D. (2006)**, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin.

**Paraponaris A. et al. (2008)**, « *Le maintien dans l'activité et dans l'emploi* », *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, Paris, La Documentation française (Etudes et Statistiques), in **Le Corroller-Soriano et al. (2008)**, p. 243- 257.

**Peugniez C. et al. (2011)**, [PMID: 21684837], « *Return to work after treatment for breast cancer: single center experience in a cohort of 273 patients* », *Bulletin du cancer*, vol. 98, n° 7, p. 69- 79.

**Préau M. et al. (2008)**, « *Rejet ou discrimination de la part de l'entourage en raison de la maladie* », in **Le Corroller-Soriano et al. (2008)**, p. 231- 241.

**Régime Social des Indépendants (2009)**, « *Les affections de longue durée* », Paris, *L'essentiel médical*.

**Régime Social des Indépendants (2012)**, *L'essentiel du RSI en chiffres - 2011*.

**Volkoff S. (dir.) (2009)**, *Travailler avec un cancer : Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé*, Centre d'Etudes de l'Emploi.