

Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie

Conférence de l'Académie
Cahier XXVI, Claudine Burton-Jeangros



La conférence publiée ici a été présentée par la professeure Claudine Burton-Jeangros lors de la séance du Comité de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales du 27 février 2015.

L'ampleur et la persistance des inégalités sociales face à la santé interpellent, en particulier dans les pays à revenu élevé. Alors que, dans ces contextes, la santé de la population est en constante amélioration, d'importants écarts persistent entre groupes sociaux. Les analyses empiriques menées en Suisse soulignent combien les conditions sociales, familiales et économiques influencent les chances d'être en bonne santé. Par ailleurs, la perspective du parcours de vie apporte un éclairage supplémentaire permettant d'étudier les trajectoires des individus, issues des interactions entre situation familiale, vie professionnelle et état de santé. Enfin, les analyses longitudinales révèlent l'importance du contexte social, dont l'évolution au fil du temps non seulement affecte les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les cohortes successives, mais également leurs attentes et aspirations. En dépit de la force des constats empiriques, il faut souligner qu'en Suisse, comme ailleurs, les inégalités sociales face à la santé restent encore peu prises en compte. Or, leur meilleure considération dans les politiques publiques pourrait non seulement contribuer à réduire la vulnérabilité de certaines catégories sociales, mais aussi améliorer pour tous les chances de vieillir en bonne santé.

Das Ausmass und Anhalten von sozialen Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit lässt aufhorchen, insbesondere in Ländern mit hohem Einkommen. In diesen Kontexten stellt man eine immer bessere Gesundheit der Durchschnittsbevölkerung fest, während dem erhebliche Abweichungen zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen bleiben. In der Schweiz durchgeführte empirische Analysen unterstreichen den Einfluss von sozialen, familiären und wirtschaftlichen Zuständen auf die Chancen, bei guter Gesundheit zu sein. Auch bietet die Lebenslaufperspektive, indem sie individuelle Lebensläufe und Interaktionen zwischen Familien- und Berufsleben und dem Gesundheitszustand analysiert – eine zusätzliche Informations- und Wissensquelle. Diese Perspektive zeigt ebenfalls die hohe Wichtigkeit vom sozialen Kontext auf, dessen Entwicklung im Laufe der Zeit nicht nur die sozioökonomischen Bedingungen, sondern auch die jeweiligen Erwartungen und Bestrebungen der sukzessiven Kohorten beeinflusst. Trotz den empirischen Erkenntnissen werden soziale Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit in der Schweiz wie in anderen Ländern nur beschränkt wahrgenommen. Eine bessere Wahrnehmung dieser Realitäten durch die Politik würde dazu beitragen, der Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsgruppen entgegenzuwirken sowie die Chancen, gesund alt zu werden, für alle zu erhöhen.

Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie

Conférence de l'Académie, cahier XXVI

Claudine Burton-Jeangros

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia svizzera di scienze umane e sociali
Accademia svizra da ciencias humanas e sociais
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



Editeur

Académie suisse des sciences humaines et sociales,
Laupenstrasse 7, 3001 Berne
T +41 (0)31 306 92 50, sagw@sagw.ch
www.assh.ch

Photo de couverture

majivecka, fotolia.com

Layout

Delphine Gingin (SAGW)

Impression

Jordi AG, 3123 Belp

Première édition, 2016 (800 expl.)

La brochure peut être commandée gratuitement au secrétariat de l'ASSH
ou à l'adresse www.assh.ch/publications.

© SAGW 2016



Copyright: © 2016 Académies suisses des sciences. Ceci est une publication
Open Access, distribuée sous les termes de la licence Creative Commons Attribution
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Le contenu de cette publication peut
donc être utilisé, distribué et reproduit sous toute forme sans restriction, à condition
que l'auteur et la source soient cités de manière adéquate.

Recommandation pour citer le texte:

Académie suisse des sciences humaines et sociales (2016)
Trajectoires de santé, inégalités sociales et parcours de vie. Swiss Academies
Communications 11 (8).

ISSN (print): 2297 – 1815

ISSN (online): 2297 – 1823

Introduction	4
Les inégalités sociales face à la santé et leurs implications politiques	5
Famille, travail et inégalités face à la santé	7
De nouvelles formes de vulnérabilité, l'exemple des familles monoparentales	9
Parcours de vie et accumulation des dés/avantages sociaux	11
Quelques éclairages sur les trajectoires de santé en Suisse	13
Conclusion	16

Introduction

Les inégalités sociales face à la santé sont révélatrices d'une imbrication entre le biologique et le social, à travers laquelle les conditions sociales d'existence et l'état de santé des individus se trouvent étroitement liés. L'ampleur et la persistance de ces inégalités face à la santé interpellent dans les pays à revenu élevé. En effet, dans ces contextes, la santé de la population est en constante amélioration, comme l'indique par exemple l'augmentation continue de l'espérance de vie. Cependant, ce progrès général cache d'importants écarts entre groupes sociaux. Poursuivant la conférence donnée en février 2015 auprès du Comité directeur de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales, je vais d'abord retracer comment ces inégalités ont été problématisées au fil du temps et dans différents contextes. Je décrirai ensuite les différentes analyses que j'ai menées et suivies dans le cadre suisse. Dans un premier temps, je me suis intéressée à l'articulation entre inégalités de genre et inégalités face à la santé, afin de décrire comment les ancres professionnels et familiaux des hommes et des femmes appartenant à différents milieux sociaux s'articulent avec leur état de santé. Dans un deuxième temps, j'ai examiné ces questions de manière dynamique en dirigeant des travaux intégrant la perspective du parcours de vie, laquelle permet de mieux comprendre comment les événements de la vie sociale façonnent les trajectoires de santé.

Les inégalités sociales face à la santé et leurs implications politiques

Le constat des inégalités sociales face à la santé est au cœur de l'émergence de la santé publique moderne. En effet, les travaux des hygiénistes au 19^e siècle, préoccupés par les mauvaises conditions sanitaires des masses laborieuses, ont permis de documenter de manière systématique les écarts existant entre milieux sociaux, dans différents pays européens (Steudler 1992, Bloom 2002). Dans le rapport *Les conditions sanitaires des travailleurs pauvres en Grande-Bretagne* publié en 1842, Edwin Chadwick a par exemple rapporté un écart de 20 ans entre l'espérance de vie moyenne des bourgeois (35 ans) et celle des prolétaires (15 ans) de Liverpool. Convaincu de l'articulation étroite entre conditions sociales et santé, Rudolf Virchow écrivait alors en Allemagne (1848): «La médecine est une science sociale». Les conséquences politiques de ces travaux pionniers ont été concrètes, à l'instar des conséquences des données rassemblées par Louis-René Villermé, un ancien chirurgien de l'armée française, dans le *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* publié en 1840. Ces constats ont en effet conduit à la loi de 1841 limitant le travail des enfants.

Les rapides progrès de la médecine clinique dès la fin du 19^e siècle ont permis un contrôle progressif des maladies infectieuses, considérées comme terrassées dans les pays riches au milieu des années 1970 (Bourdelaïs 2003). Ces développements ont détourné l'intérêt des chercheurs, y compris en sciences sociales, des influences de l'environnement social sur la santé. Il a alors été considéré que la mise en place des systèmes de santé modernes, rendus accessibles par différents systèmes d'assurance, allait assurer des chances égales pour tous en matière de santé.

Or, l'optimisme de l'après Deuxième Guerre mondiale quant à une telle égalité des chances a été questionné dès les années 1970, avec des travaux menés en Angleterre. Un premier rapport, préparé sous la direction de Sir Douglas Black, a ainsi montré que les inégalités face à la santé étaient toujours bien présentes, en dépit du système de santé anglais assurant depuis 1945 des soins gratuits pour tous (Black et al. 1990). Depuis lors, l'évidence s'est accumulée à l'échelle internationale, bien que principalement dans les pays à revenu élevé qui disposent des données statistiques nécessaires pour documenter ces inégalités. Grâce à ces données, l'influence de nombreux déterminants sociaux sur l'état

de santé a pu être mise en évidence (Wilkinson & Marmot 2003). Ainsi il a été constaté que les conditions socio-économiques défavorables, le stress, des conditions de travail précaires, le chômage, l'exclusion sociale sont associés à une moins bonne santé. Dans le contexte des pays à revenu élevé, les écarts entre les groupes favorisés et les groupes défavorisés ont d'ailleurs augmenté au cours des dernières décennies du 20^e siècle (Mackenbach 2003, Mackenbach 2012). De manière systématique, ces analyses ont mis à jour l'existence d'un gradient social de santé, qui établit une relation linéaire entre l'état de santé des individus et leur position sociale (Marmot 2004).

Pour expliquer la persistance de ce phénomène, plusieurs modèles explicatifs ont été proposés (voir par exemple Mackenbach 2012). Ils invoquent notamment des facteurs psychosociaux (un manque de soutien social, un faible sentiment de contrôle sur la santé), les comportements face à la santé (une adoption différenciée entre milieux sociaux des pratiques favorables à la santé), des facteurs matériels (une distribution inégale des ressources économiques), les programmes de prévention (plus rapidement adoptés par les milieux sociaux favorisés) ou encore un effet de sélection (suggérant une causalité inverse, à savoir qu'un mauvais état de santé restreindrait les opportunités sociales). Il a été suggéré que le gradient social de santé serait également affecté par des variables macrosociales, à savoir qu'un faible degré d'inégalités entre riches et pauvres et une bonne cohésion sociale seraient plus favorables à la santé que le niveau de richesse d'une société en soi (Wilkinson 1996, Wilkinson & Pickett 2009).

Dans la lignée de ces constats, des propositions de mesures visant à réduire les inégalités face à la santé ont été formulées. A l'échelle globale, l'Organisation mondiale de la santé a établi une commission des déterminants sociaux de la santé en 2005, dont le rôle était d'attirer l'attention des gouvernements et de la société en général sur les déterminants sociaux de la santé et de favoriser le développement de conditions sociales plus favorables à la santé, en particulier pour les catégories les plus vulnérables de la population. Cette commission a remis son rapport *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* en 2008. Mettant en exergue l'importance des déterminants sociaux de la santé: «Ces inégalités en santé, qui pourraient être évitées, tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et aux systèmes de santé qui leur sont offerts» (OMS 2008), ce rapport formule différentes pistes d'action, dont l'amélioration des conditions de vie à l'échelle globale et la lutte contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources. L'Union européenne a également développé une stratégie de réduction des inégalités de santé avec

la communication *Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne* adoptée en 2009. Préparée par les commissaires pour la santé et la politique sociale, cette stratégie vise à renforcer la recherche et l'évaluation des politiques sociales en vue de soutenir une réduction des inégalités dans ce contexte.

En Suisse, les premiers résultats relatifs aux inégalités sociales face à la santé ont été publiés à la fin des années 1980 (Lehmann et al. 1988). Ils ont révélé, contre toute attente, l'existence d'inégalités face à la santé. Les indicateurs à disposition ont depuis lors régulièrement confirmé la présence de telles inégalités en Suisse (par exemple Huwiler et al. 2002, Meyer 2008, Villiger & Knöpfel 2009). Il est toutefois estimé qu'elles seraient moins marquées que dans d'autres pays (Holly & Benkassmi 2003). La difficulté à faire valoir cette réalité sur le plan politique avait déjà été soulignée à la fin des années 1980, autour de caractéristiques propres au cadre helvétique, à savoir un contexte d'abondance du système de soins, l'égalité d'accès aux soins grâce au système de l'assurance-maladie obligatoire et le manque d'intérêt pour les inégalités sociales en général en raison du fédéralisme de la Suisse (Lehmann et al. 1988). Cette question est en effet longtemps restée relativement peu visible dans ce contexte. Si l'analyse du système de santé helvétique par l'OMS et l'OCDE en 2011 a mis en avant l'efficacité du système, elle a toutefois regretté la faible attention portée aux inégalités face à la santé (OECD 2011). On peut le voir comme un reflet d'un système de santé centré sur la dimension curative plutôt que préventive, ce que confirme l'échec, en 2012, de l'adoption d'une loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Promotion Santé Suisse 2013).

Famille, travail et inégalités face à la santé

Ces éléments de cadrage permettent de situer les travaux empiriques que j'ai entrepris autour des inégalités sociales face à la santé en Suisse. Il m'a d'abord semblé particulièrement important de dépasser deux biais dans la recherche consacrée à ces écarts. D'une part, sous l'influence d'une perspective médicale et épidémiologique, les études empiriques étaient plus souvent centrées sur des paramètres individuels que sur des facteurs sociaux, avec notamment un intérêt marqué pour le rôle des comportements face à la santé et donc pour les facteurs de risques individuels dans la construction des inégalités face à la santé. Pour les sociologues de la santé, il est important d'introduire «un niveau d'analyse qui place la santé, la maladie et la médecine dans le contexte d'une analyse so-

ciologique du pouvoir et de la structure sociale» (Williams 2003, p. 134). Une telle approche permet de prendre en compte les contraintes sociales qui pèsent sur les individus et évite ainsi d'attribuer la mauvaise santé à un manque d'éducation ou à des déficits individuels. D'autre part, la recherche sur les inégalités sociales face à la santé s'est principalement construite autour de la situation sociale des hommes, faisant porter l'accent sur l'influence des conditions de travail rémunéré sur l'état de santé. Or, non seulement les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, mais expriment plus de maladies tout au long de leur vie et connaissent encore aujourd'hui des parcours sociaux différents de ceux des hommes. Leurs implications respectives sur le marché du travail et dans la sphère familiale et domestique n'étant pas équivalentes, il semble particulièrement important de comprendre si ces déterminants affectent l'état de santé des hommes et des femmes de manière similaire ou pas.

Les premiers travaux qui se sont intéressés à l'effet des paramètres familiaux sur l'état de santé et notamment l'impact du cumul des rôles, soit le fait d'exercer une activité professionnelle et être parent (Ross 1990, Hewitt et al. 2006, Carr & Springer 2010), se sont d'abord concentrés sur la situation des femmes. Deux hypothèses contradictoires ont été formulées: pour certains chercheurs le cumul des rôles serait source de surcharge et donc néfaste, pour d'autres il serait favorable car la multiplication des engagements impliquerait une meilleure estime de soi, plus de soutien social et plus de ressources matérielles (Annandale & Hunt 2000). Dans cette perspective, il s'agit de faire valoir l'importance de la famille pour la santé, car en reprenant les termes de Carr et Springer (2010) «la famille est parmi les influences les plus fortes sur la santé, puisqu'elle fournit des ressources (et pressions) économiques, sociales et psychologiques qui protègent (et menacent) la santé de ses membres» (p. 743). En outre, si la charge représentée par le travail domestique est susceptible d'influencer l'état de santé (Thomas 1995), elle reste encore peu étudiée aujourd'hui.

A partir de ces constats théoriques, j'ai examiné l'effet de la situation familiale et professionnelle sur l'état de santé des hommes et des femmes adultes à travers des analyses transversales des données du Panel suisse des ménages (Burton-Jeangros 2009). L'état de santé a été mesuré par deux indicateurs, la santé auto-évaluée (fréquemment utilisée dans les enquêtes de population) et la fréquence des sentiments d'anxiété et de dépression comme mesure de la santé psychique. Les résultats montrent tout d'abord que les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes et qu'un gradient social existe dans les deux cas; cependant, l'effet du revenu et du niveau d'éducation est moins marqué chez elles. Par ailleurs, celles et ceux qui vivent en couple et/ou qui ont des en-

fants sont en meilleure santé que ceux et celles qui vivent seul(e)s, quel que soit leur âge, revenu ou niveau d'éducation. Ceci confirme des constats rapportés dans d'autres contextes (Ross 1990, Carr & Springer 2010). Par ailleurs, exercer une activité professionnelle est favorable pour la santé: celles et ceux qui travaillent se disent en meilleure santé. Si chez les femmes le taux d'activité est peu important, chez les hommes, c'est le fait de travailler à plein temps qui est le plus favorable pour la santé puisqu'une activité à taux partiel est associée à une moins bonne santé.

Ces analyses ont donc confirmé l'hypothèse selon laquelle le fait de travailler et d'avoir des enfants est favorable à la santé des femmes (Annandale & Hunt 2000), elles ont montré que c'est également le cas pour les hommes. Ces résultats suggèrent la possibilité d'un effet de sélection. Le fait que le travail à temps partiel ne soit pas associé à une aussi bonne évaluation de la santé parmi les hommes pourrait être dû au fait que ceux qui ne travaillent pas à plein temps le font pour des raisons de santé. De la même manière, le lien entre vivre seul et une moins bonne santé pourrait résulter d'une difficulté à entretenir une relation de couple pour des raisons de santé pré-existantes. Les analyses transversales ne permettent donc pas de dire si ce sont les conditions de santé qui limitent les opportunités sociales ou si ce sont les conditions sociales qui péjorent la santé. Cela représente une limite importante dans la compréhension des mécanismes conduisant aux inégalités face à la santé. Nous verrons plus loin que les analyses longitudinales dans une perspective du parcours de vie apportent certains éléments de réponse à cette limite. Mais avant ceci, la situation particulière des parents élevant seuls leurs enfants sera abordée, elle est en effet emblématique des rapports complexes qui se jouent entre responsabilité familiale, activité professionnelle et ressources sociales.

De nouvelles formes de vulnérabilité, l'exemple des familles monoparentales

Au-delà d'une certaine égalisation entre hommes et femmes au cours des dernières décennies, le retour des questionnements sur les inégalités sociales face à la santé s'inscrit dans un contexte social marqué par de nouvelles formes de vulnérabilité. Le modèle social mis en place après 1945 se caractérisait en effet par la stabilité de l'emploi, un modèle de la famille fondé sur une répartition genrée des tâches, des politiques sociales généreuses assurant un filet social

contre les aléas de la vie (Ranci 2010). Suite à la crise économique des années 1970, de nouveaux risques sociaux sont apparus, en réponse à la dégradation des conditions de travail, à l'augmentation des divorces et à la révision à la baisse des prestations de sécurité sociale. Dans ce contexte, les familles monoparentales – soit un parent qui élève seul(e) un ou plusieurs enfants – sont apparues comme une catégorie sociale particulièrement vulnérable. Les parents élevant seuls leurs enfants sont généralement amenés à assumer un rôle de pourvoyeur économique du ménage et les tâches liées à la prise en charge des enfants. La transformation des modalités de prise en charge des enfants suite à la séparation (notamment le mode de garde partagée) est susceptible de faire évoluer ce cumul des rôles dans les années à venir. Néanmoins la vulnérabilité économique des familles monoparentales est régulièrement soulignée; il s'agit ainsi d'une catégorie de la population particulièrement à risque de pauvreté (OFS 2012).

Dans le cadre du rapport sur la santé en Suisse 2008 (Meyer et al. 2008), l'état de santé de ces familles a été étudié sur la base des données récoltées dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé (Burton-Jeangros & Rinaldi 2008). Sur la base des données alors disponibles, soit des données pour l'année 2002, seules les mères élevant seules leurs enfants ont été prises en considération car les effectifs relatifs aux pères seuls étaient trop limités. Leur état de santé a été comparé à celui des mères qui élèvent leurs enfants en étant en couple, des femmes vivant seules et des femmes vivant en couple. Ces analyses ont montré que la santé psychique des mères seules est particulièrement affectée, ce qui peut résulter du stress lié à leur situation de vie. De plus, elles évaluent moins favorablement leur santé et déclarent plus de problèmes de santé chroniques que les mères élevant leurs enfants en couple. Elles présentent des comportements défavorables à la santé, en particulier un manque d'activité physique et une consommation de tabac plus élevée que toutes les autres catégories de femmes. Ces résultats montrent l'accumulation d'un certain nombre de désavantages sociaux dans cette catégorie de la population, qui a un impact sur l'état de santé.

Cette étude a à nouveau mis en évidence les limites des analyses transversales qui ne permettent pas de documenter les mécanismes par lesquels des changements dans la situation sociale des individus peuvent affecter leur état de santé. Par ailleurs, le fait d'élever seule ses enfants peut être de durée limitée, en fonction d'une possible remise en couple. Il est alors important de comprendre comment des phases temporaires de vulnérabilité peuvent affecter l'état de santé à long terme, ou pas. Ceci suggère qu'il est nécessaire d'observer les effets des événements de vie sur la santé au cours du temps et justifie donc l'introduction de la perspective du parcours de vie dans l'étude des inégalités sociales face à la santé.

Parcours de vie et accumulation des dés/avantages sociaux

Je me suis intéressée à la question des trajectoires de santé dans le cadre du Pôle national de recherche LIVES – surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie, initié en 2011 entre les Universités de Lausanne et de Genève. L'objectif de ce programme de recherche est de développer des modèles et théories qui permettent de comprendre et analyser les différentes formes et dynamique de vulnérabilité au sein de la population. Au sein de cette large problématique, les analyses menées par Stéphane Cullati dans la cadre de sa thèse de doctorat en sociologie (Cullati 2014, Cullati 2015, Cullati et al. 2014a, Cullati et al. 2014b) ont permis d'examiner plus spécifiquement les trajectoires de santé dans la population suisse.

La perspective du parcours de vie est un champ de recherche interdisciplinaire, à la croisée de la sociologie, la psychologie, l'histoire, la démographie notamment (Sapin et al. 2014). Elle s'est développée dans la continuité de l'étude fondatrice de Glen Elder *Children of the Great Depression* (1974) qui a comparé les effets de la crise des années 1920 sur deux cohortes d'enfants nés à 10 ans d'écart (en 1920-21 et en 1928), en suivant leurs trajectoires sur plusieurs décennies. Les analyses ont porté sur l'évolution de la personnalité, des attitudes et des comportements de ces individus, en prenant également en compte les différents événements historiques auxquels ils ont été ultérieurement confrontés (la Deuxième Guerre mondiale, la guerre de Corée, l'expansion économique des années 1950-1960). L'étude a montré que les effets de la dépression de 1929 ont marqué l'ensemble de la trajectoire sociale de ces individus, et que ces conséquences ont été plus marquantes pour ceux qui étaient à peine nés en 1929 que pour ceux qui avaient alors déjà presque 10 ans.

Ce champ interdisciplinaire est organisé autour de cinq principes visant à orienter l'analyse des parcours de vie (Sapin et al. 2014): (1) le développement des individus se fait tout au long de la vie; (2) les parcours individuels doivent être considérés dans leur ancrage spatio-temporel; (3) le développement individuel est marqué par une succession de transitions de vie ou d'événements biographiques dont le calendrier peut être attendu ou au contraire aller à l'encontre des normes en vigueur; (4) les vies sont interdépendantes au sens où les individus sont insérés dans des réseaux de relations; (5) enfin les individus évoluent entre des contraintes liées à la structure sociale et leur capacité à faire des choix et initier des actions selon leur propre volonté.

Cette perspective a également trouvé un écho dans l'étude des inégalités face à la santé avec le développement d'une épidémiologie du parcours de vie à partir des années 1980. Elle consiste en «l'étude des effets à long terme sur la santé ou le risque de maladie d'expositions physiques ou sociales durant la gestation, l'enfance, l'adolescence, le jeune âge adulte, et l'âge adulte ultérieur» (Kuh et al. 2003, p. 778). Il s'agit notamment de tenter de mieux comprendre les facteurs affectant les maladies chroniques, en allongeant la chaîne causale (Graham 2002). Ce domaine de recherche s'est donc constitué en tant que champ interdisciplinaire entre les sciences naturelles et les sciences sociales (Blane et al. 2007), s'intéressant à comment la santé des individus évolue tout au long de leur parcours de vie, à l'intersection des différentes sphères de leur trajectoire sociale (Burton-Jeangros et al. 2015). Cette approche privilégie une définition dynamique de la santé, qui peut alors être envisagée comme «la capacité à s'adapter et s'auto-gérer» (Huber et al. 2011, p. 1). De manière générale, le processus de vieillissement biologique amène à penser qu'au niveau individuel la santé décline progressivement au fil des années. Avec la perspective du parcours de vie il s'agit d'évaluer si certaines circonstances sociales (ressources socio-économiques, activité professionnelle, responsabilités familiales) accélèrent ou au contraire freinent ce processus de déclin.

Dans cette perspective, l'approche des trajectoires de santé fait fréquemment référence au modèle théorique du cumul des dés/avantages proposé par Dannefer (2003). Ce modèle suggère que sous l'influence de différents mécanismes d'accumulation se déployant au cours de la vie, les écarts entre les privilégiés et les démunis augmenteraient tout au long du parcours de vie. Ce modèle suggère donc un accroissement de l'hétérogénéité sociale au fil du temps, offrant ainsi un nouvel éclairage sur les mécanismes de stratification sociale (Burton-Jeangros & Widmer 2009).

Afin d'évaluer la pertinence de ce modèle pour l'étude des trajectoires de santé dans la population générale, une revue systématique de la littérature a été conduite en vue d'offrir une synthèse des connaissances existantes (Cullati et al. 2014a). Incluant 36 études portant sur des échantillons représentatifs de la population adulte dans différents pays et ayant mesuré l'état de santé des individus à au moins deux reprises, cette revue a confirmé que la santé des individus décline avec l'âge. Il faut cependant souligner que seule une minorité des études examinées s'appuyait explicitement sur le modèle de l'accumulation des dés/avantages. En outre, les études examinant les parcours de santé – avec au moins trois points de mesure chez un individu – et ayant convoqué ce modèle théorique n'ont montré qu'un effet modeste de ces processus d'accumulation,

même si l'éducation était modérément associée à des trajectoires divergentes au sein de la population adulte.

Il existe un modèle alternatif, celui de l'âge comme facteur de nivellement (*age-as-leveler*) suggérant que les écarts sociaux diminueraient avec le vieillissement pour donner une place prépondérante aux facteurs biologiques, en lien avec l'idée d'une mortalité sélective impliquant que les individus en plus mauvaise santé décèdent plus précocement (Lynch 2003). La comparaison menée dans le cadre de notre revue systématique des résultats obtenus dans différents pays ne soutient pas non plus cette hypothèse de réduction des écarts avec l'âge. On peut en conclure qu'il n'existe pas un seul mécanisme dominant qui sous-tendrait les trajectoires de santé des différents groupes sociaux. Ce qui invite à dire que ces processus sont influencés par les caractéristiques macrosociales des contextes étudiés (régimes de protection sociale, systèmes de santé, ampleur des inégalités sociales, ...).

Quelques éclairages sur les trajectoires de santé en Suisse

Comme le suggère cette mise à l'épreuve du modèle théorique des dés/avantages cumulés, l'étude des trajectoires de santé requiert des données longitudinales, à savoir des enquêtes répétées auprès des mêmes individus, permettant de mesurer l'évolution de leur état de santé au fil du temps. En Suisse, de telles données existent grâce au Panel suisse des ménages, une enquête répétée chaque année auprès d'un échantillon représentatif des ménages privés. L'objectif est d'observer comment les conditions de vie de la population vivant en Suisse changent au cours du temps. L'enquête a été conduite pour la première fois en 1999, auprès de plus de 5'000 ménages. Une autre caractéristique importante de ces données réside dans le fait que tous les membres du ménage sont interrogés, en 1999 ce sont donc près de 13'000 individus qui ont participé. Pour compenser la diminution de la taille de l'échantillon au fil des vagues annuelles, de nouveaux échantillons ont été intégrés en 2004 puis en 2013. Parmi les nombreux domaines étudiés, les variables disponibles permettent de mesurer notamment les conditions de travail des participants, leur situation familiale, leur état de santé et leurs ressources socio-économiques. C'est sur la base de ces données que différentes analyses des trajectoires de santé en Suisse ont été menées.

Cullati (2015) a étudié l'effet des indicateurs de position socio-économique (éducation, revenu et emploi) sur les trajectoires de santé des hommes et des femmes, en cherchant à vérifier le rôle des effets cumulatifs au fil du temps selon le modèle des dés/avantages cumulés. Quatre indicateurs ont été utilisés pour examiner ces trajectoires de santé au cours de la période 2004-2011: la santé auto-évaluée, la santé psychique mesurée par la fréquence des sentiments d'anxiété ou dépression, l'indice de masse corporelle et le recours à des médicaments dans la vie de tous les jours. À l'exception de la dépression qui reste relativement stable au cours du temps, les autres indicateurs montrent une tendance générale de déclin de la santé avec l'avancée en âge. Si dans les études transversales, le niveau d'éducation et l'état de santé sont typiquement associés, ces analyses longitudinales ont conclu que l'éducation n'est pas un prédicteur des trajectoires, ni chez les hommes ni chez les femmes. Le revenu est associé à l'évolution de la santé mais pas dans le sens attendu: les hommes ayant un revenu plus élevé voient leur santé, mesurée par la santé auto-évaluée, la dépression et l'usage de médicaments dans la vie de tous les jours, décliner plus rapidement que ceux ayant un revenu plus bas. Chez les femmes c'est le cas pour la dépression qui augmente plus rapidement chez celles ayant un revenu plus important. Par ailleurs les hommes qui ne travaillent pas voient leur santé évoluer de manière plus favorable, mesurée par la santé auto-évaluée, l'indice de masse corporelle et la dépression, que ceux qui travaillent à plein temps. Ce dernier résultat est attribué aux effets psychosociaux des conditions de travail et de l'insécurité liée au travail plus généralement.

D'autres analyses des données suisses ont pris en compte simultanément les effets de la situation familiale et de la situation professionnelle sur les trajectoires de santé (Cullati 2014 et Cullati et al. 2014b). La question de l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale (*work-life balance*) a suscité l'intérêt des chercheurs autour de l'implication plus grande des femmes sur le marché du travail, alors même que la répartition des tâches domestiques reste très inégale entre les hommes et les femmes (Kellerhals & Widmer 2005). La part d'employés se disant insatisfaits de la conciliation entre ces deux sphères de leur vie est relativement importante et représenterait une personne sur sept en Suisse (Hämmig & Bauer 2009). Une analyse longitudinale des données du Panel suisse des ménages pour la population active (Cullati 2014), en suivant les mêmes individus entre 2004 et 2010, suggère que la fatigue associée au travail est associée à un déclin plus rapide de l'état de santé au fil du temps. Un effet cumulatif est observé ici puisque ce déclin est plus marqué chez les individus ayant un faible niveau d'éducation que chez ceux ayant un niveau d'éducation élevé. Ces résultats confirment l'interaction entre les différentes sphères de la vie des individus dans l'évolution de leur état de santé.

Enfin, une analyse des trajectoires de santé mentale s'est donné pour objectif d'évaluer dans quelle mesure celle-ci est stable au cours de la vie adulte ou sujette à des variations liées à la situation des individus. Les modèles statistiques utilisés (*latent state-trait models*) permettent de distinguer entre ces deux composantes, à savoir un trait stable (propre à l'individu) et une composante situationnelle reflétant des conditions de vie fluctuantes au cours du temps. Ces variations ont été appréhendées par des mesures liées à la satisfaction avec la vie professionnelle d'une part et la satisfaction avec la vie familiale d'autre part. Cette analyse confirme que les trajectoires de santé mentale sont à l'âge adulte globalement stables au cours du temps, avec dans l'ensemble plus de stabilité que de variations. Chez les femmes un tiers des variations de la santé mentale sont expliquées par les circonstances, chez les hommes cette proportion s'élève à un quart. Par ailleurs, la satisfaction avec la vie familiale a un effet plus marqué sur la santé mentale que la satisfaction avec la vie professionnelle. Enfin, en regardant les effets de ces deux sphères sur la santé mentale des hommes et des femmes, il apparaît que ceux-là sont plus affectés à la fois par la satisfaction avec leurs conditions de travail et par leur satisfaction avec la vie familiale. Le premier résultat peut refléter leur plus grand engagement dans le travail, en termes concrets – ils travaillent le plus souvent à plein temps – et en termes symboliques – au sens où leur identité est étroitement définie par leur activité professionnelle. Le second résultat tend à confirmer les travaux montrant que le mariage ou le fait de vivre en couple a un effet plus favorable sur la santé des hommes que sur celle des femmes (Bird & Rieker 2008), même si ces résultats sont aujourd'hui discutés (Carr & Springer 2010).

J'aimerais enfin mentionner une dernière étude réalisée grâce aux données du Panel suisse des ménages, portant cette fois sur les trajectoires de qualité de vie au sein de la population âgée, et plus spécifiquement les femmes âgées (Burton-Jeangros & Zimmermann 2016). L'objectif de cette étude était de voir comment évolue la qualité de vie avec l'avancée en âge, en comparant non seulement deux groupes d'âge (65-74 ans et 75-84 ans), mais également pour chacun de ces groupes, deux cohortes nées à 10 ans d'écart. Ces analyses permettent donc d'évaluer les effets de l'âge d'une part (vieillesse individuelle) et les effets du changement social d'autre part (vieillir dans une société différente). Elles révèlent que les femmes appartenant aux cohortes plus récentes sont, au même âge, moins satisfaites de leur vie que les femmes des cohortes précédentes. Cependant avec l'âge, la satisfaction de ces dernières est plus stable; en fin de compte les femmes des deux cohortes se trouvent donc en fin de période d'observation (75 ans pour les unes, 85 ans pour les autres) au même niveau. Par ailleurs les femmes des cohortes plus récentes jouissent de caractéristiques favorables à

la satisfaction de la vie – notamment un niveau d’éducation plus élevé, une plus grande satisfaction avec leur revenu, plus de soutien social, une vie en couple et une meilleure santé – en proportions plus élevées que les femmes des cohortes plus anciennes. Ceci suggère donc que les ressources sociales et économiques ne suffisent pas à expliquer la qualité de vie dans cette population. Cela peut refléter le fait que les attentes changent au fil des cohortes et notamment que les femmes nées plus tard dans le 20^e siècle seraient plus demandeuses face à leur retraite (Bowling 2004, citée par Walker 2005). Une autre manière de l’expliquer consiste à dire que les femmes nées plus tôt ont rencontré plus de difficultés dans leurs trajectoires de vie, ce qui pourrait avoir renforcé leur capacité de résilience et donc les amener à se juger en moyenne plus satisfaites de leur vie (Seery et al. 2010).

Conclusion

S’il est essentiel de ne pas occulter l’ampleur des écarts qui persistent aujourd’hui entre pays à revenu élevé et ceux à faible revenu, il est par ailleurs important de s’intéresser aux processus sociaux qui creusent les écarts au sein des pays eux-mêmes, y compris dans un contexte favorisé comme celui de la Suisse. La recherche conduite dans ce domaine montre que les inégalités sociales face à la santé n’ont pas été éliminées, ni par les progrès de la médecine, ni par l’amélioration des conditions de vie. Après avoir rappelé le cadre dans lequel se sont développés les travaux sur les inégalités sociales face à la santé et en particulier la progressive mise à l’agenda politique de cette question à l’échelle internationale et nationale, j’ai décrit ici différentes analyses de ces inégalités en Suisse.

Au-delà du poids des ressources socio-économiques, il est important de souligner que les tâches familiales et les tâches professionnelles, en tenant compte de leurs différentes articulations, influencent l’état de santé des hommes et des femmes. Le fait de vivre seul(e), de ne pas avoir de travail ou d’élever seul(e) ses enfants est associé à différentes formes de vulnérabilité qui se reflètent dans un état de santé dégradé. Au vu des difficultés à interpréter les mécanismes impliqués, la perspective du parcours de vie plus récemment mise en œuvre prolonge l’analyse en tentant de clarifier comment la santé se maintient, s’améliore ou se péjore au fil des années. Les données longitudinales permettent désormais de suivre les trajectoires individuelles sur quelques années et confirment le poids des déterminants liés à la position sociale des individus. Néanmoins, les constats ne sont pas toujours ceux auxquels on s’attendrait, comme par exemple

un moindre déclin de la santé chez les hommes qui ne travaillent pas, ou l'augmentation plus marquée de la dépression chez les individus ayant un revenu élevé. Comme nous l'avons vu, les différents principes de la perspective du parcours de vie permettent d'aller plus loin dans la compréhension des mécanismes en jeu. Ainsi ils justifient notamment de s'intéresser au poids de plusieurs facteurs pris en compte simultanément – la famille et le travail par exemple – ou de situer dans un temps historique spécifique les évaluations des individus – montrant par exemple que les significations et attentes sociales changent au fil du temps.

J'aimerais encore évoquer ici différentes extensions de ce champ de recherche qui mériteront d'être encouragées à l'avenir. Premièrement, il est important de privilégier les analyses qui vont au-delà d'un strict niveau individuel, en prenant en compte les trajectoires de santé des membres d'une famille ou des partenaires d'un couple, comme permettent de le faire les données issues de panels des ménages. Deuxièmement, il faut allonger les périodes d'observation afin de pouvoir évaluer comment les événements biographiques de la vie adulte affectent la santé dans la dernière partie de la vie, ce qui sera rendu possible par le soutien à la récolte de données longitudinales. Troisièmement, les études combinant données socio-économiques et biologiques sont nécessaires pour améliorer la compréhension des interactions se nouant entre les circonstances sociales et le processus physiologique de vieillissement. Quatrièmement, le sens donné par les individus à leur santé et aux menaces qui pèsent sur elle est lui-même en transformation et variable entre milieux sociaux; dans ce domaine les études qualitatives peuvent apporter des compléments précieux à la compréhension des trajectoires de santé. Il faut donc encourager une recherche à la fois interdisciplinaire et articulant différentes perspectives théoriques et méthodologiques pour étudier la complexité des trajectoires de santé au fil des générations.

Je terminerai sur les évidentes implications politiques de ce domaine recherche, ce que les hygiénistes du 19^e siècle avaient déjà clairement montré. Aujourd'hui, la responsabilité des gouvernements est interpellée par différentes instances supranationales. L'Organisation mondiale de la santé – au niveau mondial et au niveau européen – a mis en avant l'importance d'améliorer la santé des enfants afin de réduire les écarts en matière de santé (OMS 2005, OMS 2008). Dans une approche convoquant la perspective du parcours de vie, il s'agit non seulement d'éviter la reproduction des inégalités au fil des générations mais également d'endiguer l'augmentation des écarts entre les groupes vulnérables et les catégories favorisées. Les conditions de vie de certains segments vulnérables de la population suggèrent que la question des inégalités face à la santé n'est de loin

pas réglée et mérite toute l'attention des décideurs politiques. Tous les efforts de recherche sur les déterminants sociaux de la santé soulignent que ce ne sont pas seulement les politiques de santé qui sont concernées par cette question mais bien l'ensemble des politiques publiques. En effet, les politiques familiales, les politiques liées à l'emploi et au chômage ou encore les politiques de retraite ont des incidences qui influencent les trajectoires de santé. Ces conséquences ne se manifestent pas nécessairement au cours de la vie adulte mais pourraient intervenir sur les chances de vieillir en bonne santé. L'ensemble de ces pistes d'action s'appuie sur la conviction que la santé de la population ne reflète pas simplement les performances du système médical, mais se construit en amont de la maladie autour des trajectoires sociales et économiques de cette population.

Références

- Annandale E & Hunt K (2000) *Gender Inequalities in Health*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Bird C E & Rieker P P (2008) *Gender and Health. The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York: Cambridge University Press.
- Black D et al. (1990) *Inequalities in health*. London: Penguin Books.
- Blane D et al. (2007) The Development of Life Course Epidemiology. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55, 31–38.
- Bloom S W (2002) *The Word as Scalpel. A History of Medical Sociology*. New York: Oxford University Press.
- Bourdelaïs P (2003) *Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*. Paris: Editions de la Martinière.
- Burton-Jeangros C & Zimmermann Sloutskis D (2016) Life satisfaction trajectories of elderly women living in Switzerland. An age-period-cohort analysis. *Ageing and Society*, 36(1), 106-132.
- Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A & Blane D (eds) (2015) *A life course perspective on health trajectories and transitions*, collection «Life course research and social policies». Heidelberg & New York: Springer.
- Burton-Jeangros C (2009) Les inégalités face à la santé: l'impact des trajectoires familiales et professionnelles sur les hommes et les femmes, in: Oris M et al (dir.) *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 273-295.
- Burton-Jeangros C & Widmer E (2009) Social inequalities in a life course perspective, introduction to the special issue: cumulative and compensatory effects over the life course. *Swiss Journal of Sociology*, 35(2), 183-192.
- Burton-Jeangros C & Rinaldi J-M (2008) Santé des mères élevant seules leurs enfants, in: Meyer K (dir.) *La santé en suisse. Rapport national sur la santé*. Genève: éditions Médecine et Hygiène, 63-74.
- Carr D & Springer K W (2010) Advances in Families and Health Research in the 21st Century. *Journal of Marriage and the Family*, 72, 743–761.
- Cullati S, Rousseaux E, Gabadinho A, Courvoisier DS & Burton-Jeangros C (2014a) Factors of change and cumulative factors in self-rated health trajectories: a systematic review. *Advances in Life Course Research*, 19, 14-27.
- Cullati S, Courvoisier DS & Burton-Jeangros C (2014b) Mental health trajectories and their embeddedness in work and family circumstances: A latent state-trait approach to life-course trajectories. *Sociology of Health & Illness*, 36(7), 1077-1094.
- Cullati S (2014) The influence of work-family conflict trajectories on self-rated health trajectories in Switzerland: A life course approach. *Social Science & Medicine*, 113, 23–33.
- Cullati S (2015) Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 745–764.
- Dannefer D (2003) Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 327-337.
- Elder G H (1974) *Children of the Great Depression. Social Change in Life Experience*. Chicago: Chicago University Press.
- Graham H (2002) Building an Interdisciplinary Science of Health Inequalities: The Example of Lifecourse Research. *Social Science and Medicine*, 55, 2005–16.
- Hämmig O & Bauer G (2009) Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54, 88e95.
- Hewitt B, Baxter J & Western M (2006) Family, Work and Health. The Impact of Marriage, Parenthood and Employment on Self-Reported Health of Australian Men and Women. *Journal of Sociology*, 42(1): 61-78.

- Holly A & Benkassmi M (2003) Health and Health Care Inequalities in Switzerland: a brief review of the literature. Geneva: The United Nations Research Institute for Social Development, http://www.ruig-gian.org/ressources/comelieu-health_ineq-CHHolly-Benkassmi.pdf [Accessed January 2013].
- Huber M et al. (2011) How should we define health? *British Medical Journal*, 343.
- Huwiler K et al. (2002) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: BFS.
- Kellerhals J & Widmer E (2005) *Familles en Suisse: les nouveaux liens*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Kuh D et al. (2003) Life Course Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10), 778–83.
- Lehmann P, Mamboury C & Minder CE (1988) Les inégalités sociales face à la santé et la maladie en Suisse. *Les Cahiers Médico-Sociaux*, 32, 1–59.
- Lynch S M (2003) Cohort and Life-Course Patterns in the Relationship between Education and Health: A Hierarchical Approach. *Demography*, 40(2), 309–331.
- Mackenbach J P (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32(5), 830–837.
- Mackenbach J P (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.
- Marmot M (2004) *The Status Syndrome, How Social Standing Affects our Health and Longevity*. New York: Owl Books.
- Meyer K (dir.) (2008) *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, World Health Organization (Eds.) (2011) *OECD Reviews of Health Systems. Switzerland 2011*. Paris: [Geneva]: OECD; World Health Organisation.
- Office fédéral de la statistique (2012) *Pauvreté en Suisse: Concepts, résultats et méthodes. Résultats calculés sur la base de l'enquête SILC 2008 à 2010*. Neuchâtel: OFS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005) *Rapport sur la santé en Europe 2005. L'action de santé publique: améliorer la santé des enfants et des populations*. Copenhague: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008) *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève: OMS.
- Promotion Santé Suisse (2013) *L'échec de la loi sur la prévention: un enseignement*. Lausanne: Promotion santé suisse, document de travail 9.
- Ranci C (éd.) (2010) *Social Vulnerability in Europe. The New Configuration of Social Risks*. Basingstoke: Palgrave, MacMillan.
- Ross C E (1990) The Impact of the Family on Health: The Decade Review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059–1078.
- Sapin M, Spini D & Widmer E (2014) *Les parcours de vie. De l'adolescence au grand âge*. Lausanne: presses polytechniques et universitaires romandes.
- Seery M D et al. (2010) Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025–41.
- Steudler F (1992) Genèse et développement de la sociologie de la santé. *Revue Suisse de Sociologie*, 18(2), 265–284.
- Thomas C (1995) Domestic labour and health: bringing it all back home. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 328–352.
- Villiger S & Knöpfel C (2009) *La pauvreté rend malade. Pourquoi les conditions sociales influent sur la santé*. Lucerne: éd. Caritas.

- Walker A (2005) A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2-12.
- Wilkinson R G & Marmot M (2003) *Solid Facts*. Geneva: WHO.
- Wilkinson R G (1996) *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson R & Pickett G (2009) *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.
- Williams G H (2003) The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 131-154.



Claudine Burton-Jeangros

Claudine Burton-Jeangros est professeure associée au Département de sociologie de la Faculté de sciences de la société à l'Université de Genève. Elle est affiliée au Pôle de recherche national LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie, associé aux Universités de Lausanne et Genève. Spécialisée en sociologie de la santé et de la médecine, elle a toujours maintenu de nombreux ancrages en santé publique et elle a d'ailleurs obtenu un Master en promotion de la santé. Ses travaux, combinant des recherches quantitatives et qualitatives, portent d'une part sur les inégalités sociales face à la santé dans une perspective de parcours de vie, d'autre part sur les représentations sociales des risques, notamment autour de la vaccination et différentes formes de dépistage. Elle a récemment publié *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande* (2014), édité avec Irene Maffi et Raphaël Hammer, et *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions* (2015), édité avec Stéphane Cullati, Amanda Sacker et David Blane. Actuellement directrice du Département de sociologie de l'Université de Genève, elle a présidé le comité suisse de sociologie de la santé entre 1995 et 2006. Membre du comité directeur de la Société européenne de sociologie de la santé et de la médecine (*European Society for Health and Medical Sociology ESHMS*), elle a organisé en juin 2016 le congrès biennal de cette société à Genève.

Aus der Reihe der Akademievorträge Dans la série des Conférences de l'Académie

Bisher erschienen/Numéros parus

Linder, Wolf (2000), *Licht und Schatten über der direkten Demokratie*, Heft I.

von Arburg, Hans Georg (2000), *Seelengehäuse – Konsensus im Dissensus? Der Physiognomikstreit zwischen Lavater und Lichtenberg im Lichte der französischen Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts*, Heft II.

Holderegger, Adrian (2000), *Bemerkungen zum «Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin» und zum «Vorentwurf für ein Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen»*, Heft III.

Holzhey, Helmut (2001), *Armut als Herausforderung der Anthropologie. Eine geschichtlich-systematische Besinnung*, Heft IV.

Ris, Roland (2001), *Le gong, le chat, le sphinx: approches de la poésie tardive de Rilke*, Heft V.

Engler, Balz (2001), *Shakespeare als Denkmal*, Heft VI.

Marchand, Jean-Jacques (2002), *La politologie naissant de l'historiographie: composantes formelles du renouveau d'une science à la Renaissance italienne*, Heft VII.

Reinhardt, Volker (2002), *Jacob Burckhardt und die Erfindung der Renaissance. Ein Mythos und seine Geschichte*, Heft VIII.

Haber, Wolfgang (2002), *Kulturlandschaft zwischen Bild und Wirklichkeit*, Heft IX. (Vergriffen)

Paravicini Bagliani, Agostino (2003), *La genèse du sabbat des sorciers et des sorcières*, Heft X.

Robiglio, Andrea; Iribarren, Isabel (2004), *Aspetti della nozione di «communis doctrina» all'inizio del XIV secolo und Durandus and Durandellus: The Dispute behind the Promotion of Thomist Authority*, mit einem Vorwort von Ruedi Imbach, Heft XI.

Berthoud, Anne-Claude (2004), *Ces obscurs objets du discours*, Heft XII.

Widmer, Jean-Claude (2005), *Warum gibt es manchmal sprachkulturelle Unterschiede?*, Heft XIII.

Bätschmann, Oskar (2006), *Ferdinand Hodler: Bilder der Alpen*, Heft XIV.

Schmid, Beatrice (2006), *Ladino (Judenspanisch) – eine Diasporasprache*, Heft XV.

Kollmar-Paulenz, Karénina (2007), *Zur Ausdifferenzierung eines autonomen Bereichs Religion in asiatischen Gesellschaften des 17. und 18. Jahrhunderts: Das Beispiel der Mongolen*, Heft XVI.

Zimmerli, Ulrich (2008), *Parlamentarische Obergericht im 21. Jahrhundert*, Heft XVII.

de Pury-Gysel, Anne (2008), *Die römische Orgel aus Avenches/Aventicum*, Heft XVIII.

Pekarek Doehler, Simona (2010), *La parole-en-interaction: langage, cognition et ordre social*, Heft XIX.

Naef, Silvia (2011), *Les arts visuels dans le monde arabe entre globalisation et spécificités locales*, Heft XX.

Schmid, Walter (2013), *Forschung an den Fachhochschulen*, Heft XXI.

Sciarini, Pascal (2014), *Recherche électorale: développements récents et application au cas de la Suisse*, Heft XXII.

Leimgruber, Walter (2014), *Kultur und Kulturtheorien: Zwischen De- und Rekonstruktionen*, Heft XXIII.

Moeschler, Jacques (2015), *Êtes-vous logique ou pragmatique? Une perspective pragmatique sur les relations entre logique et langage*, Heft XXIV.

Pezzoli-Olgiaiti, Daria (2016), *Sichtbare Religion. Bilder, Blicke und Visualität als Grundthemen der Religionswissenschaft*, Heft XXV.

SAGW

Die Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) vermittelt, vernetzt und fördert die geistes- und sozialwissenschaftliche Forschung in der Schweiz. Ihr gehören 60 Fachgesellschaften und rund 20 Kommissionen an und sie leitet mehrere grosse Forschungsunternehmen. Sie versteht sich als Mittlerin zwischen Forschenden und wissenschaftlich interessierten Personen einerseits und politischen EntscheidungsträgerInnen, Behörden und einer breiteren Öffentlichkeit andererseits. Die SAGW verfügt über ein Budget von rund 10 Millionen Franken und wird von einem Vorstand mit 18 Mitgliedern aus Wissenschaft, Politik und Verwaltung geleitet. Im Generalsekretariat arbeiten 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

ASSH

L'Académie suisse des sciences humaines et sociales (ASSH) communique, coordonne et encourage la recherche en sciences humaines et sociales en Suisse. En tant qu'organisation faîtière, elle regroupe 60 sociétés savantes et 20 commissions scientifiques. Elle dirige également plusieurs entreprises de recherche de taille importante. L'ASSH fonctionne comme intermédiaire entre d'une part des chercheurs et des personnes intéressées au domaine scientifique, et, d'autre part, les organes exécutifs, les autorités et le grand public. Disposant d'un budget annuel de 10 millions de francs environ, elle est dirigée par un Comité de dix-huit membres issus de la communauté scientifique, de la politique et de l'administration. Le Secrétariat général compte quatorze collaboratrices et collaborateurs.

