

UNIVERSITÀ
DELLA
SVIZZERA
ITALIANA

FACOLTÀ
DI SCIENZE
DELLA
COMUNICAZIONE

INSTITUTE OF
COMMUNICATION
AND HEALTH

Compétence en matière de santé dans le domaine du stress et de la santé psychique

**Concept cadre. Avec prise en considération particulière du
contexte des entreprises et des personnes âgées**

Sur mandat de Promotion Santé Suisse



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

IMPRESSUM

Auteur: Carmen Faustinelli, Institute of Communication and Health,
Università della Svizzera italiana, Lugano

Accompagnement
professionnel : Dr. phil. Ralph M. Steinmann, Promotion Santé Suisse, Berne

© 2008, Promotion Santé Suisse, Berne et Lausanne, et Università della Svizzera italiana, Lugano

Tous droits réservés, reproduction avec l'autorisation de Promotion Santé Suisse et Università della Svizzera italiana.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	3
1. INTRODUCTION	5
2. STRESS ET SANTÉ PSYCHIQUE	7
2.1 LES STRESSEURS.....	7
2.1.1 <i>Les stresseurs du monde du travail</i>	7
2.1.1.1 Les stresseurs du monde du travail en général.....	7
2.1.1.2 Stressors spécifiques aux travailleurs âgés.....	9
2.1.1.3 A quels risques physiques sont exposés les travailleurs suisses.....	11
2.1.1.4 A quels risques psychiques sont exposés les travailleurs suisses?.....	12
2.1.2 <i>Les stressors chez les personnes âgées retraitées</i>	13
2.1.2.1 Les stressors spécifiques chez les personnes âgées retraitées.....	13
2.1.2.2 Etat de la situation chez les personnes âgées retraitées.....	13
2.2 COPING.....	14
2.2.1 <i>Critique de Perrez et Reicherts au modèle de Lazarus</i>	15
2.2.2 <i>Coping dans le cadre du travail</i>	16
2.2.3 <i>Coping et vieillissement</i>	17
2.2.3.1 Est-ce que le coping évolue avec l'âge ?.....	17
2.2.3.2 Coping assimilatif et coping accommodatif.....	20
2.2.3.3 Coping proactif et coping rétroactif.....	21
2.3 SOUTIEN SOCIAL.....	22
2.3.1 <i>Définition du soutien social</i>	22
2.3.2 <i>Soutien social et santé</i>	22
2.3.3 <i>Soutien social dans le monde du travail</i>	24
2.3.4 <i>Soutien social chez les personnes âgées à la retraite</i>	25
2.3.4 <i>La situation actuelle</i>	27
2.4 LES CONSÉQUENCES DU STRESS SUR LA SANTÉ.....	29
2.4.1 <i>Les différentes voies menant à la maladie selon Krohne</i>	29
2.4.2 <i>Les maladies cardio-vasculaires</i>	30
2.4.2.1 Stress et maladies cardio-vasculaires.....	30
2.4.3 <i>Les troubles musculosquelettiques</i>	32

2.5	LES INTERVENTIONS	34
2.5.1	<i>Intervention dans le monde du travail</i>	34
2.5.1.1	« Towards a longer worklife ! ». Concept global et recommandations pour les pays européens	34
2.5.1.2	Directive des Médecins du travail et autres Spécialistes de la Sécurité au Travail (MSST).....	36
2.5.2	<i>Intervention chez les personnes âgées retraitées</i>	37
2.5.2.1	Exemple d'intervention : Groupes de discussion sur le thème de l'amitié et de la solitude.....	38
2.5.2.2	Exemple d'intervention : Groupes de discussion / Formation sur des thèmes de santé liés au vieillissement	39
2.5.2.3	Exemple d'intervention : <i>Coping</i> proactif.....	41
3.	CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS FACE AU STRESS.....	42
3.1	CONNAISSANCES LAÏQUES RELATIVES AU STRESS ET À SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ.....	42
3.2	STRATÉGIES ET COMPORTEMENTS PROPOSÉS POUR LUTTER CONTRE LE STRESS	44
4.	COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ	46
4.1	DÉFINITIONS.....	46
4.2	MODELES, CONCEPTS ET THEORIES.....	48
4.2.1	<i>Modèle de Kickbusch et Maag</i>	48
4.2.2	<i>Modèle de Abel</i>	50
4.2.3	<i>Modèle de Schulz et Nakamoto</i>	53
4.2.4	<i>Théorie du comportement « The Unified Theory » de Fishbein et al.</i>	55
4.3	COMPÉTENCE EN MATIÈRE DE SANTÉ PSYCHIQUE.....	58
4.4	COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LE DOMAINE DU STRESS.....	60
5.	INFLUENCE DES MÉDIAS	65
5.1	LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'INFLUENCE.....	65
5.2	ANALYSE DU CONTENU DES MÉDIAS EN RAPPORT AVEC LE STRESS.....	69
5.3	RÉSULTATS DE CAMPAGNES DE PRÉVENTION MÉDIATIQUES SUR LE STRESS	69
5.4	FACTEURS DÉTERMINANT LA RECHERCHE D'INFORMATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	70
6.	CONDENSÉ ET CONCLUSION	74
7.	ANNEXES	79
7.1	INSTITUTIONS DE RECHERCHES DANS LE DOMAINE DU STRESS.....	79
7.2	RESSOURCES PUBLIQUES	81
7.3	REVUES SCIENTIFIQUES.....	84
7.4	ÉTUDES ET RECHERCHES SELECTIONNEES	85
7.5	BIBLIOGRAPHIE.....	91

1. Introduction

Le vieillissement de la population européenne, dû à un allongement de la longévité et à une baisse de la natalité, représente un véritable enjeu économique, politique et sanitaire (Morschhäuser & Sochert, 2006). Et la Suisse n'est pas épargnée. En effet, l'Office fédéral de la statistique a publié en 2006 un rapport sur **les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse entre 2005 et 2050** (Kohli, Herrmann, & Babel, 2006). Elle y teste trois scénarios différents, lesquels mènent aux conclusions suivantes:

- L'accroissement de la population va se poursuivre légèrement durant les trois prochaines décennies. Il semble plus difficile de prédire exactement le moment où la population commencera à diminuer, étant donné que les différents modèles prédisent une évolution différente et qu'ils sont tous envisageables.
- Le vieillissement de la population s'accélénera à partir de 2005 et sera particulièrement marqué entre 2025 et 2035, période à laquelle les baby-boomer seront à la retraite. A partir de 2035, le vieillissement de la population se stabilisera.

Cette modification du paysage démographique ne sera pas sans conséquences sur le marché du travail : la population active va diminuer à partir de 2019 (Kohli, Herrmann & Babel, 2006), d'une part parce que la génération des baby-boomer partira à la retraite, et d'autre part, parce que le nombre de jeunes en formation supérieure augmentera, ce qui retardera leur entrée sur le marché du travail. Parallèlement, le nombre de retraités et de personnes du quatrième âge va augmenter. Or, ce vieillissement accéléré de la population dans son ensemble est foncièrement défavorable à l'équilibre financier (Luisier, Cotter, & Gärtner, 2003). Il aura des répercussions certaines sur l'AVS et la caisse maladie.

Afin de contrecarrer cette évolution, plusieurs mesures ont été prises en considération. Une des mesures les plus discutées a pour objectif de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible dans le monde du travail, afin de veiller au maintien d'un équilibre entre la population active et la population à la retraite. L'Europe s'est effectivement fixé deux objectifs concrets à ce sujet (Morschhäuser & Sochert, 2006) : maintenir 50% des personnes âgées entre 50 et 64 ans au travail et retarder la retraite de 5 ans. Or, si ces

ajustements sont entrepris, jamais l'Europe n'aura connu une moyenne d'âge aussi élevée de sa force de travail (Morschhäuser & Sochert, 2006 ; Ilmarinen, 1999). Deux autres mesures sont aussi envisagées dans le but de renforcer la force de travail : augmenter le taux d'activité des femmes et planifier une formation sur le terrain pour les jeunes pour éviter un retardement de leur entrée dans la vie active. Au niveau des personnes du troisième et du quatrième âge, il s'agit de maintenir au maximum leur autonomie (Luisier, Cotter, & Gärtner, 2003).

Tous ces ajustements représentent néanmoins un véritable défi pour la promotion de la santé en entreprise et auprès des personnes âgées. Tout d'abord, si l'Europe envisage de maintenir les travailleurs au travail plus longtemps, préserver la santé des employés jusqu'à un âge avancé représente un aspect central pour le bon fonctionnement économique de l'Europe (Morschhäuser & Socher, 2006). En effet, la participation au travail est fortement liée à l'état de santé (Kalwij & Vermeulen, 2005) ainsi qu'à la perception de l'effet du travail sur la santé (Molinie, 2003). Ensuite, il s'agit de veiller à ne pas épuiser la jeune génération par une surcharge de travaux que les plus âgés ne peuvent plus aussi bien exécuter. De même, si les femmes sont amenées à travailler de plus en plus, tendance qui se dessine déjà et qui devrait se poursuivre (Kohli, Herrman, & Babel, 2006), une réflexion approfondie au sujet du *life domain balance* (Ulich, 2007) prend tout son sens. Et enfin, le maintien de l'autonomie des personnes âgées devra reposer sur d'autres structures, externes à la famille. Le recours à la famille proche comme capital social s'avèrera plus difficile à l'avenir, d'une part, parce que la structure familiale s'est modifiée (familles recomposées, éloignement géographiques, diminution de la natalité), et d'autres part, parce que le taux d'activité des femmes est en augmentation. Or, on sait que les femmes jouent un rôle central dans l'échange de soins et des aides au sein d'une famille. Du coup, il s'agit de maximiser la qualité de vie ainsi que l'autonomie des personnes âgées et de prévenir l'isolement social au travers d'interventions externes.

Le présent travail s'inscrit dans le prolongement du premier rapport de Promotion Santé Suisse sur la santé psychique et le stress (Steinmann, 2005). Alors que le premier rapport donnait une vue d'ensemble très large sur le sujet, ce deuxième rapport a pour premier but d'approfondir la thématique en ciblant deux domaines d'intervention : le monde du travail et les personnes âgées retraitées. Le deuxième objectif consiste à examiner la thématique dans le cadre conceptuel de la compétence en matière de santé, plus connu sous son appellation anglaise *health literacy*. Ce travail présentera ainsi les définitions et modèles relatifs à la compétence en matière de santé et discutera le concept sous l'angle du stress et de la santé psychique.

2. Stress et santé psychique

Le premier rapport (Steinmann, 2005) présente déjà, de façon détaillée, les liens entre le stress et la santé psychique dans plusieurs settings différents. Le stress y est défini comme « la manifestation d'un déséquilibre entre les exigences ou contraintes internes et externes d'une part, les ressources internes et externes d'autre part sur les plans physique, psychique, ou social ». Pour ce rapport, deux settings spécifiques ont été retenus : le stress au travail et le stress chez les personnes âgées. Tout en s'appuyant sur une conception identique du stress, ce chapitre a pour objectif de compléter les informations en se concentrant uniquement sur les deux settings sélectionnés. Il s'agit de définir les *stresseurs* spécifiques, de mieux comprendre les formes que peuvent prendre le *coping* et le soutien social dans ces deux contextes. Deux nouvelles conséquences du stress sur la santé seront décrites : les maladies cardio-vasculaires ainsi que les troubles musculosquelettiques. Et enfin, des exemples d'intervention seront exposés.

2.1 Les *stresseurs*

Les *stresseurs* sont les événements ou situations qui sont à l'origine de la sensation de stress qu'une personne peut ressentir. Mais, comme une même situation ne déclenche pas forcément du stress chez tout le monde, il est préférable de définir le *stresseur* selon une approche probabiliste : un *stresseur* est un événement ou une situation, qui présente une probabilité élevée de déclencher, dans une population donnée, un état de stress (Zapf & Semmer, 2004). Comme les *stresseurs* varient d'une situation à l'autre, ce chapitre s'applique à définir de plus près les *stresseurs* spécifiques aux settings choisis.

2.1.1 Les *stresseurs* du monde du travail

2.1.1.1 Les *stresseurs* du monde du travail en général

Le premier rapport (Steinmann, 2005) donne déjà des exemples de *stresseurs* généraux touchant à tous les domaines de la vie ainsi que des exemples de *stresseurs* et contraintes multiples au sein des entreprises.

Dans le fascicule édité par le SECO, Wenchel (2003) cite comme source de stress les facteurs suivants : l'insécurité du travail, le manque de clarté dans les compétences, le manque de feedback et de soutien, la pression temporelle, le comportement des supérieurs, les dangers liés aux conditions de travail, les responsabilités importantes, les faibles marges de décision et la faible marge de manœuvre, le déficit au niveau de la communication et de l'information, les troubles de la santé, les nouveautés techniques et le surmenage.

Udris et Semmer (1993) classent les différentes sources de stress le long de 5 facteurs.

Le travail en-soi

- Monotone
- Inintéressant
- Trop complexe
- Exigeant un trop grand contrôle émotionnel

L'organisation du travail

- Intensité : Pression temporelle, attention prolongée
- Manque d'installation, de matériel, d'information
- Manque de liberté du travail, indications trop contraignantes
- Critères d'évaluation peu clairs
- Consignes contradictoires
- Trop grande responsabilité pour les autres ou pour un projet ou objet de valeur

Conditions physiques

- Conditions environnementales (bruit, chaleur, chocs)
- Tenue du corps statique (rester debout longtemps, travail effectué les bras tendus au-dessus de la tête)
- Durée du travail, travail de nuit ou d'équipe

Conditions sociales

- Conflits, mauvaise ambiance, *mobbing*
- Traitement injuste
- Trop grande dépendance (collaboration forcée)

Conditions organisationnelles

- Statut et reconnaissance
 - Politique de l'information
 - Politique des récompenses
 - Perspectives d'avenir (possibilité de promotion, sécurité du travail)
 - Politique interne
-

D'autres classifications existent, mais reprennent en gros toujours les mêmes causes de stress (McGraph, 1981 ; Zapf, in Zapf & Semmer, 2004). Il existe également de nombreux documents servant à l'évaluation du degré de stress dans une entreprise. Ils comprennent des listes de facteurs de stress. Parmi ceux-ci, on peut citer la liste de contrôle du stress ainsi que le livret « Stressé ? Voilà qui pourra vous aider ! » que l'on peut télécharger sur le site de Suva pro¹. Sinon, le SECO a également 4 carnets abordant le stress au travail. Le quatrième fascicule contient différentes listes de contrôle.

1. Wenchel, K.-T. (2003). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 1 – Orientierungshilfe. Bochum: InfoMediaVerlag.
2. Debitz, U., Gruber, H., & Richter, P. (2003). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 2 – Erkennen, Beurteilen und Verhüten von Fehlbeanspruchungen. Bochum: InfoMediaVerlag.
3. Pohlandt, A., Heymer, J., & Gruber, H. (2003). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 3 – Verhüten von Fehlbeanspruchungen durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Bochum: InfoMediaVerlag.
4. Richter, G., Friesenbichler, H., & Vanis, M. (2004). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 4 – Psychische Belastungen, Checklisten für den Einstieg. Bochum: InfoMediaVerlag.

2.1.1.2 Stresseurs spécifiques aux travailleurs âgés

En vieillissant, les ressources à disposition pour faire face aux contraintes environnementales changent. Du coup, des situations qui ne posaient aucun problème auparavant peuvent devenir stressantes. Par *travailleurs âgés*, la fondation Promotion Santé Suisse cible les travailleurs de plus de 50 ans. Ilmarinen et Tempel (2002, in Morschhäuser & Sochert, 2006, p.45) listent un ensemble de modifications physiologiques et psychologiques liées à l'âge, qui risquent de transformer une situation en *stresseur*, au fur et à mesure que la personne vieillit. Cette liste permet de mener une réflexion sur les situations qui, avec l'âge, peuvent devenir plus stressantes. Certaines d'entre elles supposent alors une adaptation ergonomique de la place de travail, comme nous le discuterons dans la partie "intervention".

Les auteurs proposent également des interventions préventives. Celles-ci se recoupent en partie avec les recommandations du fascicule publié par le SECO (Wenchel, 2003). Ilmarinen (2006) décrit de façon détaillée le déclin des fonctions corporelles et donne des indications quant à l'âge à partir duquel les capacités des différents organes commencent à diminuer. Le déclin des fonctions corporelles varie d'un

¹https://www.sapp1.suva.ch/sap/bc/gui/sap/its/zwaswo/?sap-client=001&saplanguage=fr&ostore=info01_fr&~okcode=startite&selected_area=279 (consulté en novembre 2007)

organe à l'autre et diffère aussi selon les fonctions spécifiques d'un organe. Pour la vue, par exemple, Ilmarinen (2006) distingue la vision des couleurs, l'accommodation ou focalisation de l'œil, la vision des contrastes, l'analyse de la distance. Une description détaillée du processus et de l'âge à partir duquel les différentes fonctions perdent de leur efficacité dépassent le cadre de ce travail. Par ailleurs, les lecteurs intéressés peuvent aussi se référer au texte de Ilmarinen (2006). On peut néanmoins retenir comme point de repère général que le déclin des fonctions corporelles s'accélère à partir de 50 ans.

- Réduction de la motilité des articulations, de l'élasticité des tendons et ligaments
- Diminution de la force
- Diminution des capacités physiques
- Diminution de la perception, des capacités de décision, déficits d'attention et de mémoire, difficultés au niveau du raisonnement
- Dégradation de la vision, difficulté à distinguer les couleurs (bleu/vert), du pouvoir d'accommodation de l'oeil.
- Dégradation de l'ouïe
- Troubles plus fréquents au niveau de la région lombaire
- Difficultés à s'adapter à un environnement soit trop chaud ou trop froid
- Risque plus élevé de glissade ou de chute
- Récupération plus lente lors de maladie ou de blessures
- Tendance à l'inactivité, à la passivité

Le fascicule **“Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 1 – Orientierungshilfe”**, publié par le SECO, formule une liste de conditions environnementales critiques pour les travailleurs d'un certain âge (Wenchel, 2003, p.25). De nouveau, le lecteur intéressé par une description détaillée du déclin des fonctions corporelles et de l'âge à partir duquel des adaptations sont nécessaires peut se référer au rapport de Ilmarinen (2006).

Environnement de travail

- chaleur trop élevée ou trop d'humidité
- air vicié
- mauvais éclairage ou éblouissement
- trop bruyant

Équipement et organisation de la place de travail

- travaux qui exigent d'être assis, courbé ou debout pour une longue durée
 - travaux qui exigent de se tenir en équilibre pendant un certain temps, ex. exécuter un travail au-dessus de la tête
 - les tâches comportant des risques de glissade et de chute
 - activité exigeant une utilisation intensive de la vue ou de l'ouïe
 - des dispositifs de signalisation compliqués ou à double sens
-

Organisation du travail

- rythme de travail imposé
 - travail qui devient brusquement difficile à exécuter
 - tâches continuellement difficiles
 - trop peu de pauses
-

Combinaison de caractéristiques qui sont source de difficultés

- porter des poids lourds dans un environnement trop chaud
 - tâches qui sollicitent de façon exigeante la vue et qui sont exécutées dans un environnement mal éclairé ou éblouissant
 - tâches difficiles qui doivent être exécutées à un rythme soutenu
 - dispositifs de signalisation compliqués qui doivent être décodés rapidement
 - tâches pour lesquelles les consignes et les signaux sont transmis dans un environnement bruyant
-

2.1.1.3 A quels risques physiques sont exposés les travailleurs suisses

La Suisse a participé à la **quatrième enquête européenne sur les conditions de travail**, menée de septembre à novembre 2005. Graf, Pekruhl et al. (2007) discutent les résultats du point de vue de la Suisse. Leur rapport constitue une source d'information importante. Ce travail ne citera que quelques résultats :

- 31% des employés suisses affirment que leur santé se dégrade à cause de leur travail. Viennent en tête les maux de dos (18%), le stress (17%), et les douleurs musculaires au niveau des épaules-nuque-jambes (13%). Ces trois problèmes concernent tous les groupes professionnels, bien que les cadres citent plutôt l'épuisement professionnel, le stress et les troubles du sommeil et les employés manuels plutôt les douleurs physiques. Les 35-45 ans citent le plus souvent le stress, l'irritabilité, les maux de tête, les problèmes de vue, les troubles respiratoires et les maux d'estomac. Les 45-54 ans souffrent plutôt de troubles du sommeil et d'angoisses.
- Par rapport à l'exposition à des facteurs de risque, 20% des employés affirment être exposés, au minimum à raison d'un quart de leur temps de travail, aux risques suivants: vibrations, températures élevées ou basses, bruit, inspiration de vapeurs, de fumée ou de poussière. Les facteurs de risque suivants sont cités par toutes les catégories professionnelles: répétition des mouvements de la main/du bras, position corporelles douloureuses et fatigantes, transport d'objets lourds. Mais ils touchent principalement les employés manuels. Les 45-54 ans et les 55-64 ans n'obtiennent jamais les valeurs les plus élevées et sont exposés aux mêmes risques que ceux cités en général par toutes les catégories professionnelles.

2.1.1.4 A quels risques psychiques sont exposés les travailleurs suisses?

Graf, Pekruhl et al. (2007) donnent aussi quelques indications concernant la santé psychique des travailleurs suisses et les risques psychiques auxquels ils sont exposés :

- Les travailleurs suisses bénéficient d'une assez grande autonomie dans la gestion de leur travail (manière d'exécuter les tâches, méthode à appliquer, rythme et heures de travail).
- Les employeurs suisses prennent fortement en considération les remarques de leurs employés.
- Le travail de groupe est plus répandu en Suisse (20%) qu'en Europe (12%), mais nettement moins fréquent que dans les pays nordiques (26%, Danemark, Suède, Norvège)
- 9% des travailleurs suisses devant exécuter des tâches en groupes font partie de groupes de travail autonomes. Ceci signifie qu'ils n'organisent pas uniquement la collaboration et la répartition des tâches, mais décident également du déroulement ou de l'amélioration du travail. Ces groupes de travail bénéficient ainsi d'une autonomie plus grande. Les groupes de travail ont cependant un effet ambivalent sur la santé : d'une part, les personnes travaillant dans ces groupes autonomes sont moins longtemps malades (12,7 jours) qu'en moyenne (Moyenne Suisse : 21 jours), mais ont plus l'impression de travailler sous pression (83% pour les groupes autonomes contre 73% en moyenne Suisse et 69% pour l'Europe).
- Seuls 4% des 45-64 ans se sentent désavantagés. Le rapport souligne néanmoins que le sondage concerne les personnes professionnellement intégrées. La situation peut être totalement différente pour les 45-64 ans à la recherche d'un emploi.
- Le nombre de personnes devant juger de façon autonome de la qualité de leur travail (74% pour les 15-24 ans et 95% pour les 54-64 ans) et exécutant un travail complexe augmente avec l'âge (63% pour les 15-24 ans et 82% pour les 54-64 ans). En revanche, le nombre de personnes se plaignant de monotonie dans le travail diminue avec l'âge (24% pour les 15-24 ans ; 10% pour les 54-64 ans).
- Le nombre de personnes affirmant que leur rythme de travail est imposé par des facteurs externes (collègues, machine,...) diminue avec l'âge. Bien qu'à partir de 55 ans, le nombre de personnes

déclarant un rythme de travail soutenu diminue, les pourcentages restent tout de même élevés (74% pour les 45-54 ans, 61% pour les 55-64 ans et 41% pour les 65 et plus).

2.1.2 Les stressseurs chez les personnes âgées retraitées

2.1.2.1 Les stressseurs spécifiques chez les personnes âgées retraitées

En faisant le tour de la littérature scientifique sur le stress chez les personnes âgées, voici les différents *stressseurs* rencontrés (Boerner, 2004 ; Vaillant & Mukamal, 2001 ; Yang, 2006, Tak, 2006) :

- Le déclin des fonctions cognitives et physiques, perte de la mobilité et de l'autonomie
- L'isolement social ou la solitude
- Décès du conjoint
- Maladie grave ou maladie chronique (ex: cancer, infarctus, arthrite, diabète)
- Départ à la retraite
- Réduction du revenu
- Le fait de devenir une charge pour un autre membre de la famille
- Départ dans un home pour personnes âgées

2.1.2.2 Etat de la situation chez les personnes âgées retraitées

L'étude européenne SHARE a débuté en 2004 et a pour objectif d'analyser la santé, le vieillissement et les départs à la retraite de la population. Les premiers résultats (Börsch-Supan et al., 2005) donnent un aperçu de l'état de santé des personnes âgées de 50 ans et plus en Europe:

- Les maladies chroniques les plus fréquentes sont l'arthrite, le diabète, les maladies du cœur, l'hypertension et un taux élevé de cholestérol.
- Les symptômes les plus cités sont les douleurs en général, des troubles au niveau du sommeil, et le gonflement des jambes.
- Au niveau des fonctions corporelles, on dénote une restriction de la mobilité (50%), les problèmes de vue, d'audition et de mastication. A partir de 80 ans, le déclin des fonctions corporelles s'accélère.

- Les symptômes ou maladies suivantes augmentent sensiblement après 80 ans: l'attaque cardiaque, la cataracte, la peur de tomber, l'incontinence.
- Les symptômes suivants s'aggravent également après 80 ans mais de façon moins prononcée: le taux de cholestérol, l'asthme, la toux, les troubles du sommeil, les problèmes d'estomac.
- Les femmes sont en général plus malades que les hommes. Mais les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies pulmonaires touchent plus fréquemment les hommes. En gros, les femmes sont plus souvent mais moins gravement malades, alors que les hommes développent des pathologies fatales.
- La dépression touche plus les femmes que les hommes. Comparé aux autres pays européens, l'évolution de sa prévalence en Suisse, au-delà de 50 ans, reste encore stable.
- Être célibataire ou vivre seul, avoir des difficultés à exécuter des activités au quotidien et avoir une maladie chronique est associé à la dépression.
- La solitude sera traitée dans le chapitre abordant le soutien social.

2.2 Coping

Le premier rapport (Steinmann, 2005) n'avait abordé que brièvement la question du *coping* et avait surtout mis en évidence deux principales stratégies associées au modèle de Lazarus : le *coping* instrumental et le *coping* émotionnel.

Ce deuxième rapport saisit alors l'occasion pour apporter une critique ou plutôt un complément au modèle de Lazarus et pour analyser plus en détail ce que la littérature scientifique rapporte sur l'évolution du *coping* avec l'âge.

2.2.1 Critique de Perrez et Reicherts au modèle de Lazarus

Avant d'aborder la question de l'évolution du *coping* avec l'âge, un complément critique doit être apporté au modèle de Lazarus. En effet, Perrez et Reicherts (1992) mettent en exergue le fait que la théorie de Lazarus se concentre essentiellement sur l'évaluation subjective que le sujet fait de la situation. Il ne prend pas en considération le fait qu'une situation peut également être analysée en fonction de ses caractéristiques objectives. L'objectif principal consiste alors à développer une représentation appropriée et proche des caractéristiques objectives de la situation, afin de choisir le mode de *coping* le plus adapté et le plus efficace possible. Les auteurs expliquent, par exemple, que les personnes dépressives ont tendance à sous-estimer la contrôlabilité d'une situation et donc à opter pour la passivité, alors que *coping* actif aurait été beaucoup plus adapté.

Depuis les recherches de Seligman (1975), on sait que le sentiment de pouvoir contrôler la situation est essentiel pour un bon épanouissement psychologique. Les situations négatives et de surcroît incontrôlables ont des répercussions désastreuses sur la santé psychologique : anxiété, phobie, dépression. Cependant, il serait erroné de supposer qu'augmenter le sentiment subjectif de contrôle soit une bonne stratégie pour améliorer la santé psychique des individus. En effet, Perrez et Reicherts (1992, p. 20) affirment: "we do not attend that the damaging effect of non-controllable aversive situations can be averted by processes of illusory control". Selon ces auteurs, il est beaucoup plus important de faire une évaluation réaliste de la situation.

Les auteurs soulèvent un point important pour notre analyse du *coping* dans le monde du travail et au cours du vieillissement. Dans le monde du travail, de nombreux facteurs de stress sont incontrôlables. L'insécurité de la place de travail due aux pressions économiques en est un exemple. De même, la quantité de travail ainsi que les délais sont imposés soit par le chef d'entreprise soit par des clients externes. La contrôlabilité objective de la situation se trouve donc fortement réduite. Il serait donc illusoire de penser qu'augmenter le sentiment subjectif de contrôlabilité des employés par des cours visant le développement de l'estime personnelle ou l'amélioration des compétences de la personne en *coping* soit suffisant pour améliorer le niveau de stress et améliorer le bien-être psychique, surtout si les causes du stress ne sont pas sous le contrôle de la personne. L'aide en cas de stress supposerait donc plutôt une restructuration à tous les niveaux et non axée uniquement sur l'individu. Une réflexion similaire peut être menée dans le cas des personnes âgées, car la contrôlabilité des *stresseurs* touchant les personnes âgées (décès, maladies chroniques, déclin des fonctions corporelles) diminue aussi. Cet aspect est abordé au paragraphe 2.2.3, examinant l'évolution du *coping* avec l'âge.

2.2.2 Coping dans le cadre du travail

Selon Cartwright et Cooper (1996) le stress au travail implique une double responsabilité : de la part de l'organisation et de la part de l'individu. Les interventions structurelles permettent en effet de réduire, voire d'éliminer les sources de stress. Malheureusement, les auteurs constatent que les interventions se limitent à renforcer les ressources de l'individu, afin qu'il gère mieux la situation actuelle, faisant ainsi passer le message que les conditions de travail ne changeront pas et que l'employé doit se débrouiller pour développer les ressources nécessaires pour s'adapter à la situation.

Les employés sont donc livrés à eux-mêmes pour gérer les *stresseurs*. Or, la gestion individuelle du stress dans le monde du travail est particulière, dans la mesure où les personnes sont plus limitées dans le choix de leur stratégie de *coping*, que dans la vie de tous les jours. Cartwright et Cooper (1996) notent, en effet, qu'au travail les personnes tendent plutôt à choisir un mode de *coping* orienté vers la résolution de problème et moins celui orienté vers la gestion des émotions, car le lieu de travail ne permet pas, selon les auteurs, de décharger ses émotions. Cartwright et Cooper (1996) soulignent qu'en général les employés gèrent bien le stress lié à leurs tâches quotidiennes. Et si les employés devaient avoir des difficultés à ce niveau-là, une des meilleures façons d'améliorer leur gestion du stress au travail consiste à mieux les former aux travaux qu'ils doivent exécuter (Semmer, 1984).

Alors que les employés gèrent plus ou moins bien le stress lié à leurs tâches routinières en ayant recours à leur expérience, la majorité a de la peine à gérer le stress lié à une restructuration de l'entreprise (Cartwright & Cooper, 1993). Les employés perçoivent ces événements comme incontrôlables et n'ont pas l'impression d'avoir les ressources pour s'adapter à la situation. La contrôlabilité représente, en effet, un concept clé dans l'analyse du stress au travail. Comme on l'a déjà souligné, un *coping* actif ne peut être efficacement mis en pratique que si l'employé possède un minimum de contrôle sur la situation. Les recherches tendent ainsi à confirmer ce que Reicherts et Perrez (1992) postulaient, à savoir l'importance des conditions objectives d'une situation dans le choix et l'application des stratégies de *coping* (Elfering et al., 2005 ; Grebner et al., 2004). Même si le sentiment de contrôle semble être une variable clé entravant ou facilitant la gestion du stress, augmenter le contrôle qu'un employé a sur son travail ne diminue pas forcément le stress ressenti (Zapf & Semmer, 2004). Trop de contrôle peut, dans certaines situations, entraîner des conséquences négatives, lorsque l'on risque d'être tenu pour responsable d'une issue néfaste, lorsque les responsabilités sont lourdes et conséquentes, ou lorsque l'on risque d'être exposé à la résistance et aux protestations des collègues. De plus, les individus diffèrent quant à leur motivation à prendre le contrôle de la situation.

Comme nous l'avons déjà évoqué d'entrée, la lutte contre le stress ne devrait pas focaliser uniquement l'individu, mais devrait également être menée au niveau organisationnel. Les interventions structurelles permettent plus facilement de réduire, voire d'éliminer les sources de stress. Les auteurs citent Elkin et Rosch (1990), lesquels ont résumé les stratégies que les organisations peuvent mettre en place pour lutter plus efficacement contre le stress :

- (Ré-) aménagement du travail
- (Ré-) aménagement de l'environnement de travail
- Flexibilisation des horaires et des programmes
- Encouragement à un mode de management participatif
- Participation de l'employé au niveau du développement de sa carrière
- Analyse des rôles et établissement d'objectifs
- Assurer un soutien social et un feedback régulier
- Établir une politique de travail favorable à la famille
- Partager les récompenses

2.2.3 Coping et vieillissement

2.2.3.1 Est-ce que le *coping* évolue avec l'âge ?

Selon Strack et Feifel (1996), deux approches se distinguent dans la recherche sur le stress et l'adaptation. Les plus anciennes approches abordaient le thème dans **un cadre développemental**. Elles se concentraient principalement sur la personnalité et ignoraient les caractéristiques de la situation stressante. Les approches développementales, comme la psychanalyse, considéraient que les stratégies d'adaptation devaient mûrir avec le temps. Ainsi, les personnes dénotent une préférence stable pour un certain style de *coping* lequel varie en fonction de sa maturité.

Les théories plus récentes, dont la théorie de Lazarus fait partie, **se concentrent principalement sur la situation stressante**. Cette approche ne parle pas d'évolution de style de *coping*, mais d'une modification des *stresseurs*. En d'autres termes, ce qui évolue avec l'âge est la situation en-soi, les *stresseurs* auxquels les personnes doivent faire face et les ressources qu'elles ont à disposition pour les affronter. Selon l'approche de Lazarus et Folkman, il n'y a pas un *coping* plus mûr ou meilleur que les autres, mais uniquement un *coping* que l'on choisit en fonction d'une évaluation subjective des caractéristiques de la situation et des ressources à disposition. Et ce choix peut être plus ou moins judicieux.

Le modèle de Moos et Schaefer (1993) est intéressant, dans la mesure où il intègre ces deux perspectives en distinguant les facteurs stables, liés à la personnalité, et les facteurs situationnels. D'un côté les personnes, en raison de leur personnalité ou de leur culture, auront tendance à choisir le même mode de *coping* tout au long de leur vie. Et de l'autre côté, le *coping* se modifiera pour mieux s'adapter aux *stresseurs* et aux ressources du moment.

Trouve-t-on une différence au niveau du *coping*, lorsque l'on compare différentes catégories d'âge ? Steinmann (2005) avait mentionné une étude nationale (Perrig-Chiello et al., 2001) comparant les stratégies des 40-45 ans à celles des 50-55 ans face aux étapes critiques de l'existence. Les résultats montraient alors que les deux groupes adoptaient des démarches analogues: réflexion personnelle (38%); assistance sociale (34%), manœuvre de défense (2%), recherche de satisfactions compensatoires (2%) ou consolidation par la religion et le fatalisme (3%). Mais ces deux groupes d'âge sont assez proches et on peut donc en conclure qu'ils doivent certainement faire face à des situations plus ou moins semblables.

Cependant, lorsque l'on compare deux groupes, dont on peut supposer qu'ils sont confrontés à des situations différentes, les résultats signalent plutôt une évolution d'un *coping* actif à un *coping* passif. Folkman et ses collègues (1987) notent que les personnes d'une quarantaine d'années ont plus souvent recours à un *coping* actif et sont plus orientées vers la résolution de problèmes. Les plus âgés (autour des 70 ans) font plutôt appel à un *coping* passif, orienté vers la gestion des émotions. Blanchard-Fields, Jahnke et Camp (1995) confirment ces résultats : Concernant la résolution de problèmes, les personnes âgées (65-75 ans), par rapport aux adolescents, aux jeunes adultes et aux adultes d'âge moyen, préfèrent un *coping* passif plutôt qu'orienté vers la résolution de problèmes. La "Berlin Aging Study" (Baltes & Mayer, 1999) met en évidence une évolution dans les stratégies de *coping* des personnes entre 70 et 95 ans. A mesure que l'âge augmente, la spiritualité joue un rôle de plus en plus important. Les personnes gagnent aussi en sérénité. Elles entrent dans une attitude que les chercheurs nomment bouddhique : les personnes perçoivent alors le monde comme n'ayant aucun sens. Ce résultat ressemble à ce qu'avait noté Guttman lors de ses études interculturelles (1974) : à partir de 50 ans, les personnes abandonnent peu à peu le *coping* actif pour entrer dans ce qu'il appelle « une maîtrise magique », une sorte de désengagement par rapport au monde extérieur.

Doit-on conclure que cette évolution, avec l'âge, vers un *coping* plus passif est malsaine ? On a en effet souvent proclamé la supériorité du *coping* actif par rapport au *coping* passif. Certaines études relèvent effectivement que le *coping* actif (résolution de problèmes, recherche d'informations) permet de mieux s'adapter aux changements négatifs de la vie et est associé à un taux moins élevé de dépression (in Holahan

et al., 1996). Ce résultat ne devrait cependant pas laisser entendre que l'évolution vers un *coping* passif, mis en évidence pour les personnes âgées, soit un changement nuisible. Lorsque l'on prend en considération les caractéristiques spécifiques des situations auxquelles les personnes âgées sont confrontées, on constate que cette évolution vers un *coping* passif s'avère bénéfique. En effet, en vieillissant, les personnes sont de plus en plus exposées à des situations incontrôlables, comme la maladie ou le décès. Or, comme le souligne Perrez et Reicherts (1992), il serait tout à fait inefficace de s'acharner à lutter contre un *stresseur* que l'on ne peut pas influencer. Selon les termes de Ben-Zur (2002, p.360) : « the patterns of problem- and emotion-focused *coping* used by younger and older people, respectively, are effective insofar as they are related to differential assessments of the changeability of stressful encounters ». Fisksenbaum et ses collègues (2006) notent également que le *coping* chez les personnes âgées signifie apprendre à gérer les pertes, les déceptions et le déclin, des situations qui ne sont pas du tout comparables aux *stresseurs* des jeunes personnes.

Si on contrôle l'influence des caractéristiques objectives de la situation, les différences entre les groupes d'âge s'amenuisent. La Baltimore Longitudinal Study of Aging (Shock et al., 1984 ; in Costa et al., 1996) a tenu compte de l'évolution des caractéristiques des *stresseurs* entre 20 et 90 ans et a analysé si, face aux *stresseurs* partageant les mêmes propriétés objectives, le *coping* évoluait avec l'âge. Ils concluent alors que les personnes âgées gèrent tout aussi bien leurs problèmes que les personnes plus jeunes, et que la situation avait un effet consistant sur le choix du *coping*. Par exemple, la foi et le fatalisme étaient plus souvent choisis quand il fallait affronter un décès, alors que l'humour et la persévérance étaient privilégiés en situation de défi. Cette étude met également en évidence que, face à un même *stresseur*, les personnes ont tendance à choisir le même mode de *coping* et ceci tout au long de leur vie. Du coup, certaines caractéristiques permanentes de l'individu expliqueraient la stabilité du choix du mode de *coping*. Leurs résultats mettent bien en évidence cette interaction entre la personnalité et la situation dans le choix du *coping*, comme le précise le modèle de Moos et Schaefer (1993). Les travaux empiriques de Paul Costa (Costa et al., 1996) suggèrent également que le *coping* tout comme la personnalité ne changent que peu durant l'âge adulte. Les personnes gérant bien leur stress à 30 ans le géreront également bien plus tard. En revanche, ceux qui font preuve de déficit à 30 ans auront toujours des difficultés plus tard.

Ben-Zur (2002) soulève cependant un risque auquel les personnes âgées sont exposées, lorsqu'elles évoluent d'un *coping* actif vers un *coping* passif : à force d'être confrontées à des situations peu contrôlables, **les personnes âgées risquent de perdre le sentiment de maîtriser leur vie**. Or, ce sentiment peut alors s'étendre à toutes les situations et fausser l'évaluation de la contrôlabilité de toutes les situations. En gros,

avec le temps et la multiplication des *stresseurs* peu contrôlables, les personnes âgées risquent de considérer toutes les situations comme incontrôlables, alors qu'elles le seraient encore en partie.

En somme, les résultats décrivent une évolution d'un *coping* actif vers un *coping* passif, qui est fortement expliquée par le fait que les *stresseurs* deviennent de moins en moins contrôlables. Cette évolution est considérée comme bénéfique, dans la mesure où elle est réaliste et ne prend pas une ampleur inappropriée, en devenant le choix par défaut dans des situations où un *coping* actif serait encore de mise.

2.2.3.2 *Coping* assimilatif et *coping* accommodatif

La distinction entre le *coping* assimilatif et le *coping* accommodatif s'inscrit parfaitement dans le cadre de la discussion du paragraphe précédent, évoquant la gestion du stress au cours du vieillissement. Le *coping* assimilatif et le *coping* accommodatif décrivent deux réactions possibles face à une situation difficile à modifier (Brandtstädter, 1999; Brandtstädter & Rotenmund, 2002). En effet, on ne peut pas toujours changer les choses. Parfois les circonstances externes limitent le champ d'action, parfois ce sont les ressources qui manquent pour influencer le cours des événements.

Le *coping* assimilatif (la persévérance dans la poursuite d'objectifs) reflète les efforts persistants menés afin d'adapter les conditions de vie aux préférences personnelles. **Le *coping* accommodatif** (ajustement flexible des objectifs) correspond à l'ajustement des préférences et objectifs en fonction des contraintes contextuelles (Brandtstädter & Renner, 1990). Ce cadre conceptuel est intéressant, car il permet d'étudier l'évolution du mode d'adaptation face à des conditions chroniques, comme le déclin des fonctions corporelles. Par exemple, en cas de perte de la vue, les personnes enclines à utiliser un mode assimilatif investiraient beaucoup d'efforts et se serviraient de tous les instruments possibles afin de pouvoir continuer à lire. A long terme, et avec une détérioration évolutive de la vue, ce mode d'adaptation est très coûteux en énergie. D'un autre côté, les personnes penchant plutôt pour un mode accommodatif tenteraient de penser que d'autres personnes sont dans un pire état qu'elles, que d'autres aspects de la vie sont plus importants ou que le vieillissement fait partie de la vie.

Ce cadre conceptuel prétend alors que le mode assimilatif prévaut aussi longtemps que la situation paraît modifiable. Le mode accommodatif devrait alors intervenir dès lors que les efforts personnels deviennent inefficaces. Rappelons que ce cadre conceptuel est en parfait accord avec ce que postulaient Perrez et Reicherts (1992) en rapport à l'adéquation entre les caractéristiques objectives de la situation (dont la possibilité de modifier une situation) et le mode de *coping* choisi, en fonction des ressources disponibles.

Dans une étude cross-sectionnelle des adultes de 34 à 63 ans, Brandtstädter et Renner (1990) mettent en évidence le passage graduel d'un mode de *coping* assimilatif à un mode de *coping* accommodatif. Heckhausen (1997) trouve de façon similaire une augmentation de l'ajustement des objectifs entre 20 et 85 ans. Cette évolution vers un mode accommodatif est considéré comme une forme d'adaptation bénéfique face à une situation, où les pertes surpassent peu à peu les gains, et donc en cas de déclin irréversible des fonctions corporelles. Le mode accommodatif prévient et réduit la durée et la sévérité de dépression qui peut survenir en cas de déclin des fonctions corporelles (Horowitz & Reinhardt, 2000).

Le passage d'un *coping* assimilatif à un *coping* accommodatif est plus lié à la sévérité des handicaps fonctionnels plutôt qu'à l'âge, bien qu'avec l'âge la sévérité des handicaps augmente et donc le mode de *coping* accommodatif aussi. Selon Boerner (2004), les personnes plus jeunes atteintes d'un handicap risquent de passer à un mode accommodatif plus tôt que la moyenne de la population saine. De même, plus le handicap est contraignant, plus le mode accommodatif est bénéfique pour la préservation du bien-être psychique.

2.2.3.3 Coping proactif et coping rétroactif

Nous aborderons une dernière distinction entre le *coping* proactif et le *coping* rétroactif, car le *coping* proactif est lié à une intervention préventive destinée à promouvoir un vieillissement réussi, que nous présenterons dans le chapitre 2.5.2.3 « Exemple d'intervention : *Coping* proactif ».

Le *coping* proactif consiste à anticiper les potentiels futurs *stresseurs* et à s'assurer la présence des ressources nécessaires pour soit influencer sur l'évolution de ces *stresseurs*, soit garantir une bonne gestion de leur évolution (Aspinwall & Taylor, 1997; Aspinwall, 2007). A l'inverse, **le *coping* rétroactif** consiste à trouver une solution une fois que le *stresseur* est présent, et donc à réagir après coup.

Un *coping* proactif permet d'intervenir sur deux fronts: prévenir les futures pertes et promouvoir les améliorations possibles. Autrement dit, il s'agit de promouvoir les objectifs désirés et de prévenir les changements indésirables (Bode et al., 2007), en mettant en place des mesures préventives afin d'éviter les *stresseurs* et de renforcer les ressources sociales (Kahana & Kahana, 1996). Dans une série d'études longitudinales, les auteurs (Kahana & Kahana, 1996) mettent en évidence l'influence bénéfique d'une pensée orientée vers le futur sur l'activation et le maintien de comportements salutaires au présent. Par exemple, la fréquence de l'activité physique diminue moins rapidement chez les personnes pensant régulièrement à leur futur et aux aspects positifs qu'une activité physique présente pour leur vie future.

2.3 Soutien social

2.3.1 Définition du soutien social

Le soutien social ne fut pas traité d'une manière approfondie dans le premier rapport (Steinmann, 2005). Or, il joue, au même titre que le *coping*, un rôle important comme ressource dans la gestion du stress (Perrez, Laireiter, & Baumann, 1998 ; Marmot & Wilkinson, 2006).

Le soutien social se réfère à un réseau de personnes pouvant fournir une aide psychologique ou matérielle et améliorant ainsi la capacité d'une personne à gérer une situation de stress (Cohen, 2004). On distingue trois types de soutien social: instrumental, informationnel, et émotionnel. **Le soutien instrumental** correspond aux aides matérielles (aide financière, aide dans les tâches du quotidien, aide dans l'exécution du travail). **Le soutien informationnel** se réfère aux informations que l'on peut recevoir d'un tiers (conseils, informations pratiques). Et enfin, **le soutien émotionnel** se rapporte à l'expression d'empathie, à la bienveillance, au réconfort et à la confiance, facteur aidant les personnes à exprimer leurs émotions et à se décharger émotionnellement.

Le soutien social ne varie pas seulement en termes de contenu. Il diffère aussi en fonction de la **situation** (stress de tous les jours ou *macro-stresseur*) et de la **source de soutien** (membre de la famille, amis, professionnels). Le soutien social comprend également **différentes facettes** (soutien perçu, soutien effectivement donné, soutien effectivement reçu, présence d'un réseau passif,...)

Deux types d'effet sont le plus souvent discutés : l'effet tampon et l'effet direct. **L'effet tampon** suppose que le soutien social joue un rôle modérateur, en diminuant l'effet délétère d'un événement stressant. Ainsi, face à un même degré de stress, la personne soutenue socialement se sentira mieux qu'une personne sans soutien social. Si la personne n'est pas exposée à une condition stressante, le soutien social n'a aucun effet sur la personne. **L'effet direct** suppose que le soutien social possède en-soi un effet positif. En gros, la personne n'a pas besoin d'être stressée pour que l'effet positif du soutien social se fasse sentir.

2.3.2 Soutien social et santé

Les relations sociales jouent un rôle central au niveau de la santé physique et psychique (Cohen et al., 2000; Uchino et al., 1996). La structure du réseau social (Brissette et al., 2000), le soutien reçu (Cohen et al.,

2000), la qualité ainsi que la quantité des interactions sociales (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001) et le sentiment de solitude et d'isolement (Cacioppo et al., 2002) ont tous été identifiés comme facteurs prédisant le niveau de santé et le bien-être. Chez les personnes âgées, le soutien social diminue les risques de mortalité (Alyund et al., 1998; Rasulo et al., 2005; Lyyra & Heikkinen, 2006), augmente la santé physique et psychique (Pinqart & Sorensen, 2000; Wu & Hart, 2002; Li & Liang, 2007) et la satisfaction générale (Berg et al., 2006; Li & Liang, 2007).

Pourquoi le soutien social influence-t-il autant la santé des personnes? Par quel biais le soutien social influence-t-il la santé psychique et physique?

L'effet direct suppose que le soutien social a un effet bénéfique en-soi, même en l'absence de *stress*. La littérature scientifique a recours aux arguments suivants pour expliquer l'effet direct du soutien social :

- Il remplit un **besoin indispensable de l'être humain** (Johnson & Hall, 1994; Zapf & Semmer, 2004).
- Il augmente les chances de **vivre un événement positif**, ce qui a un effet stabilisateur (Perrez et al., 1998).
- Il agit directement sur différents **paramètres physiologiques**. Le soutien social est lié à des profils biologiques et physiologiques plus sains, lorsque l'on analyse le système cardio-vasculaire, neuroendocrinien et immunitaire (Uchino, 2006). Le soutien social pourrait jouer un rôle dans les maladies cardio-vasculaires en influençant la pression sanguine de base des personnes (Johnson et Hall, 1994; Karlin et al., 2003). Les résultats de Cohen et ses collègues (1997) confirment également cette hypothèse: les personnes étant plus intégrées socialement sont moins susceptibles d'attraper le rhume.

L'effet modérateur suppose que l'influence bénéfique du soutien social se vérifie seulement en situation de stress, car il améliore la gestion de la situation stressante de différentes façons :

- Il influence **la perception du stress**. Face à un même degré de stress, les personnes bénéficiant d'un soutien social jugeront la situation comme moins stressante par rapport aux personnes ne disposant pas de soutien social. Les mêmes menaces sont évaluées différemment en fonction du soutien social à disposition.

- Il **améliore le *coping* appliqué.**
- Il peut avoir une **influence directe sur le cours des événements stressants.** Les informations et l'aide directe permettent de se débarrasser de la situation stressante plus rapidement (Zapf & Semmer, 2004).

Bien qu'en général, le soutien social renvoie à une ressource propice, Cohen (2004) souligne néanmoins que les relations sociales peuvent également être source d'ennui, lorsqu'elles sont conflictuelles. Dans ce cas, elles ne renforcent pas mais fragilisent les ressources de la personne ou même directement sa santé.

2.3.3 Soutien social dans le monde du travail

Selon Johnson et Hall (1994), l'entreprise jouera un rôle toujours plus important au niveau de la cohésion sociale. En effet, d'anciens vecteurs de cohésion sociale, comme le village ou le voisinage, disparaissent peu à peu. Le monde du travail reste alors une des rares sources de contacts sociaux stables et durables.

Le soutien social dans le monde du travail vient surtout des collègues et des supérieurs et le plus souvent sous la forme d'informations et d'aide directes. Par exemple, lorsqu'un collègue aide un autre employé à l'exécution d'une tâche, la charge de travail diminue, ainsi que le stress lié à la pression temporelle. L'environnement de travail influence aussi le *coping* choisi par les employés (Woods, 2005). Par exemple, dans le cas de troubles musculosquelettiques, il est important d'accorder une attention aux douleurs répétitives mêmes si elles sont minimales et pourraient être interprétées comme le résultat du vieillissement, car on sait que ces douleurs peuvent être le début d'une pathologie plus grave. Du coup, si l'environnement de travail ne tolère pas l'expression de la douleur, la prévention des troubles musculosquelettiques se voit freinée.

Le soutien social de la famille et des amis joue aussi un rôle dans certaines situations de stress au travail. Par exemple, Cartwright et Cooper (1993 ; in Cartwright & Cooper, 1996) montrent que les employés ont beaucoup de peine à faire face aux restructurations des entreprises et aux conséquences qui s'en suivent. Ils mettent alors en évidence que, dans ce genre de situation, les personnes s'appuient beaucoup sur le soutien social de la famille et des amis pour gérer leur stress. Ceux-ci fourniront, dans la plupart des cas, un soutien plutôt émotionnel qu'informationnel ou instrumental.

2.3.4 Soutien social chez les personnes âgées à la retraite

Les employés se rapprochant de la retraite ainsi que les jeunes retraités peuvent être considérés comme des **pourvoyeurs de soutien instrumental**. Ces jeunes retraités donnent un coup de main autant à leurs enfants, en gardant les petits-enfants par exemple, qu'à leur époux(-se) et leurs parents plus âgés, en prenant par exemple en charge les soins et le ménage (SHARE, Börsch-Supan et al., 2005). Mis à part ce type d'aide instrumentale, les employés se rapprochant de la retraite ainsi que les jeunes retraités aident aussi financièrement leurs enfants en début de carrière. A partir de 75 ans, la situation commence à se modifier, dans le sens où de plus en plus de personnes âgées passent au statut de receveur d'aide. Après 80 ans, par exemple, deux-tiers des participants à l'étude SHARE (Börsch-Supan et al., 2005) affirment recevoir de l'aide pour des soins personnels. Chez les retraités âgés (plus de 75 ans), l'aide instrumentale peut prendre diverses formes : soins corporels, aide pour le ménage, aide au niveau des transports, etc.

On peut supposer que les jeunes retraités profitent plus du **soutien informationnel et du soutien émotionnel**, quant il s'agit par exemple d'affronter les évolutions de la santé dues à l'âge (ex : déclin des fonctions corporelles, ménopause, etc.). Le soutien informationnel permet, par exemple, d'anticiper les *stresseurs* futurs et le déclin des ressources en apprenant par avance les stratégies de *coping* adéquates (ex : *Coping* proactif au chapitre 2.5.2.3). Une fois que le déficit est en place, le soutien social est aussi important pour aider les personnes âgées à développer de bonnes stratégies de *coping* leur servant à s'adapter aux altérations de leurs fonctions corporelles. Par exemple, Gomez et Madey (2001) affirment que les bonnes stratégies de *coping* en cas de diminution de l'ouïe sont celles qui promeuvent une bonne communication (ex. demander de répéter) alors que celles qui entravent la communication (ex : faire semblant d'avoir compris) sont des stratégies de *coping* malsaines. Or, les personnes bénéficiant d'un soutien social important ont plus souvent recours à de bonnes stratégies de *coping*. Pour la personne saine, répéter ce qu'on vient de dire demande un certain effort. Or, si la personne plus âgée se retrouve face à des gens qui montrent une certaine agressivité ou de l'impatience lorsqu'elles doivent répéter une chose qu'elles viennent de dire, il est alors fort probable que la personne âgée se retienne par la suite de redemander une explication, si elle n'a pas compris. Mais faire semblant d'avoir compris est très frustrant et risque en plus de bloquer la communication.

La source du soutien social change lorsque les gens passent à la retraite. La famille et surtout le/la partenaire jouent un rôle central. Le réseau de professionnels et particulièrement le médecin peuvent devenir des sources importantes d'informations et de soutien.

En partant à la retraite, les personnes quittent un lieu propice aux relations sociales. Comme nous l'avons souligné au chapitre 2.3.3, le monde du travail joue en effet un rôle important de cohésion sociale, surtout dans la société actuelle, où le village et le voisinage perdent de leur pouvoir rassembleur. Par ailleurs, en vieillissant, le déclin de la santé rend les contacts sociaux difficiles. Avec le départ à la retraite et le vieillissement apparaît donc également le pendant négatif du soutien social : la solitude.

Solitude : définitions et facteurs de risque (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007):

Deux définitions différentes de la solitude existent dans la littérature scientifique (Pinquart & Sörensen, 2001). La première focalise sur la souffrance que le manque ou l'absence de contact peut engendrer. La seconde définit la solitude comme une divergence entre les relations sociales perçues et celles que l'on souhaiterait avoir. Ainsi, cette deuxième définition conçoit également que certaines personnes avec peu de contacts sociaux soient tout de même satisfaites et ne se sentent pas seules.

Les recherches sur la solitude chez les personnes âgées indiquent que certaines conditions augmentent le risque de solitude chez les personnes âgées.

- L'âge: les personnes plus âgées ("old old") souffrent plus de solitude que les plus jeunes ("young old") (Pinquart & Sörensen, 2001; Keller et al., 2003; Dykstra et al., 2005).
- Les veufs et veuves, surtout si le partenaire constituait une source de soutien social et émotionnel importante (Dykstra & Fokkema, 2007; Dykstra et al., 2005). Les femmes s'en sortent mieux dans ces situations, car elles disposent en général d'un réseau social plus étendu et varié que les hommes, les hommes ayant tendance à s'orienter plus exclusivement vers leur épouse (Stevens & Westerhof, 2006a; Stevens & Westerhof, 2006b; Pinquart, 2003).
- Le sexe: Les hommes sont plus affectés par l'isolement social (Keller et al., 2003), mais cette différence en fonction du sexe est à pondérer, car il n'a pas pu être observé à chaque fois (Lund et al., 2002; Pinquart & Sörensen, 2001).
- Le manque d'opportunités ou la diminution des opportunités à engager des interactions sociales (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007)

- La réduction de la mobilité (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007) et le déclin des fonctions corporelles (Pinquart, 2003)
- La diminution des ressources financières (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Keller et al., 2003), un statut socio-économique bas (Pinquart & Sörensen, 2001), ou une moins bonne éducation (Keller et al., 2003).
- Le réseau social passé et les comportements sociaux passés: les gens n'ayant jamais vraiment eu de confident sont plus nombreux à souffrir de solitude durant leur vieillesse, ce qui peut par ailleurs être lié à un manque de compétences sociales (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007)
- Le déficit dans les compétences sociales: les personnes souffrant de solitude sont socialement souvent moins compétentes et adoptent un comportement passif dans les interactions sociales (Vitkus & Horowitz, 1987).
- La dépression: la dépression est associée à une diminution générale de l'énergie et à une augmentation de l'inactivité. Or, ces deux facteurs réduisent l'activité sociale (Allen & Bradcock, 2003). La dépression est un cas particulier, dans la mesure où elle peut causer la solitude ou être causée par la solitude.

2.3.4 La situation actuelle

Selon l'étude SHARE (Börsch-Supan et al., 2005), **la situation actuelle** n'est pas encore dramatique. 80% des personnes âgées ont des contacts réguliers avec leurs enfants et la distance géographique entre parents et enfants reste encore gérable. A partir de 80 ans, plus de la moitié des personnes ont reçu de l'aide pour l'exécution des tâches quotidiennes (s'habiller, se doucher, manger, aller au lit ou aux toilettes) et cette aide vient principalement des membres de la famille (en Suisse: 60% de l'époux, 20% des enfants, 20% soit d'un autre membre de la famille, soit de quelqu'un d'externe). Même si les liens familiaux semblent encore intacts, selon Höpflinger et Hugentobler (2005, Wettstein, 2006), les aides et les soins familiaux diminueront à partir de 2030, en raison du nombre croissant de personnes sans enfant. Du coup, il est important d'anticiper cette diminution du soutien familial pour subvenir aux personnes vivant seules.

Les auteurs de SHARE attirent aussi l'attention sur **la génération des baby-boomers**. Ceux-ci sont considérés comme une génération pivot, devant s'occuper de leurs parents, qui ont connus une amélioration des conditions au cours de leur vie (génération montante), et de leurs enfants, qui connaissent une dégradation des conditions de vie (génération descendante). Or, on sait que le soutien familial donné est à son maximum entre 50 et 60 ans. Ici il est important de noter le point suivant: l'Europe se fixe comme objectif d'augmenter l'âge de la retraite et de faire travailler le plus de femmes possible afin de contrer les effets du vieillissement démographique. Il faudrait néanmoins se veiller à ne pas surcharger cette génération, c'est-à-dire ceux qui s'approchent de leur retraite, étant donné qu'ils combinent déjà de nombreuses responsabilités familiales en termes de soins apportés à autrui. Et cette tendance va augmenter avec l'accroissement de la longévité des plus vieux, et donc des parents de ces futurs retraités.

Dans le monde du travail, la situation actuelle ne favorise pas la création et l'entretien de relations sociales saines. La spécialisation et la fragmentation poussée du travail accentue l'isolement des différents rôles et réduisent les possibilités de soutien (Sauter et al., 2000). Parallèlement, la conjoncture actuelle favorise l'apparition de tensions au sein de l'entreprise, ne pouvant que détériorer la qualité des relations (Baechler et al., 2003). En effet, les personnes stressées sont moins capables d'empathie et de sensibilités personnelles.

La quatrième enquête européenne sur les conditions de travail donne un aperçu de la situation :

- En comparaison à l'Europe, les employés suisses se sentent plus soutenus. 81% peuvent demander du soutien à leurs collègues (Europe : 66%), 72% sont aussi soutenus par leur employeur en cas de besoin (Europe : 54%), et 36% peuvent recourir à une aide externe si besoin est (Europe : 30%).
- Mais le soutien des collègues et surtout le soutien de l'employeur diminue avec l'âge. 90% des 15-24 ans affirment pouvoir demander de l'aide à leurs collègues. Ce pourcentage diminue à 73% chez les 55-64 ans et à 61% chez les 65 ans et plus. Un schéma identique mais bien plus prononcé se dessine en ce qui concerne le soutien de l'employeur ou du supérieur : 85% des 15-24 ans affirment qu'ils sont soutenus par leur supérieur s'ils en expriment le besoin. Ils ne sont plus que 65% chez les 55-64 ans et 22% chez les 65 et plus.
- Entre 78% et 96% des personnes interrogées affirment avoir de très bons amis parmi leurs collègues, ceci est particulièrement le cas pour les 65 ans et plus (96%).

2.4 Les conséquences du stress sur la santé

Le premier rapport (Steinmann, 2005) avait discuté les conséquences du stress de façon générale. En ce qui concerne le stress au travail, il avait abordé le *burnout*. Dans le cadre de ce travail, le désir a été émis d'approfondir deux préjudices sanitaires liés au stress dans le monde du travail : les maladies cardio-vasculaires et les troubles musculosquelettiques. Mais, avant d'aborder ces deux aspects, le modèle de Krohne sera présenté, afin de clarifier les processus par lesquels le stress peut favoriser l'apparition de maladies.

2.4.1 Les différentes voies menant à la maladie selon Krohne

Krohne (1990) distingue trois mécanismes qui peuvent expliquer le lien entre le stress et la maladie.

Le modèle direct explique comment un *stresseur* engendre des modifications physiologiques de l'organisme, lesquelles peuvent entraîner directement la maladie. Il existe, par exemple, un lien direct entre l'activation du système sympathique et les maladies cardio-vasculaires ainsi que le taux de mortalité. Au travers du système sympathique, le circuit neuro-hormonal est modifié et ces modifications peuvent être directement à l'origine de la maladie. Ce modèle s'applique par exemple aux maladies cardio-vasculaires, dont l'association avec le stress a déjà été prouvée (Kivimäki et al, 2002 ; Matter, 2005).

Le deuxième mécanisme postulé par Krohne, **le modèle interactif**, souligne l'importance de dispositions génétiques ou apprises, que la personne présente lors de sa confrontation avec un certain *stresseur*. Deux concepts sont centraux : la vulnérabilité physique ou psychique et la résilience. L'événement stressant n'aurait en-soi aucun effet néfaste s'il était considéré seul. Seule l'interaction entre les caractéristiques de l'événement et celles de la personne est décisive pour savoir si un événement aura un effet négatif sur la personne. Le modèle de Lazarus en est un exemple. L'événement n'est stressant que lorsque la personne ne détient pas les ressources nécessaires pour y faire face.

Dans un troisième modèle, **le modèle des comportements malsains**, Krohne suppose que le stress est négativement lié à la santé, dans la mesure où il favorise l'apparition de comportements malsains. Par exemple, les gens fument plus, se nourrissent moins sainement, font moins de sport ou ont recours à l'automédication, lorsqu'ils sont stressés.

2.4.2 Les maladies cardio-vasculaires

(Fontaine et al., 1996; Heinemann & Heuchert, 2000; Sauter et al., 2000)

La prévalence des maladies cardio-vasculaires au sein de la population et plus spécifiquement au sein de la population active diffère. Les maladies cardio-vasculaires regroupent un ensemble de dysfonctionnement du cœur qui l'empêche de travailler à plein rendement ou qui empêchent le sang de circuler librement dans les vaisseaux. Du coup, certaines régions de l'organisme ne sont plus suffisamment voire plus du tout irriguées. Les maladies dues à cette sorte de déficience (dites maladies ischémiques) constituent les affections les plus fréquentes du système vasculaire. D'autres maladies et troubles fonctionnels peuvent toucher les valves cardiaques, le système de conduction électrique ou le muscle cardiaque. Le site internet de la Fondation Suisse de Cardiologie (<http://www.swissheart.ch/>) ainsi que le chapitre au sujet du système cardio-vasculaire de Heinemann & Heucher (2000) dans l'encyclopédie de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) donneront de plus amples informations au lecteur intéressé.

2.4.2.1 Stress et maladies cardio-vasculaires

Les recherches psychosociales au sujet de la maladie cardiovasculaire traitent deux aspects différents. Le premier vise à identifier les facteurs de risque psychosociaux pour les maladies cardio-vasculaires. Le second se concentre sur les conséquences psychologiques d'un diagnostic cardio-vasculaire néfaste. Ce chapitre ne considérera que les facteurs de risque psychosociaux.

Le chapitre traitant du système cardio-vasculaire de l'encyclopédie du Bureau International du Travail (BIT) cite plusieurs facteurs de risque pour les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux :

- L'hypertension artérielle
- L'hyperlipidémie (anomalie du métabolisme lipidique)
- Le tabagisme
- Le déséquilibre alimentaire et la consommation de sel
- L'excès de poids
- La sédentarité
- L'alcool
- Les facteurs socio-économiques
- Les facteurs psychosociaux et le stress au travail
- Les facteurs physiques (bruit, la chaleur et le froid, les vibrations,...)

Ce travail a pour objectif de traiter le stress dans le monde du travail. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que le stress au travail ne constitue qu'un facteur de risque parmi d'autres en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, et qu'une intervention efficace ne peut se limiter qu'à un seul de ces facteurs.

A la fin des années 50, Friedman et Rosenman attirent l'attention sur un pattern comportemental particulier, **type A**, constituant un facteur de risque important pour les maladies cardio-vasculaires. Selon ces chercheurs, la probabilité d'apparition d'une cardiopathie ischémique doublerait pour ce groupe de personnes (Fontaine et al., 1996). Cette personnalité se caractérise par un sentiment d'urgence du temps et un surinvestissement professionnel. Sa fiche signalétique peut se résumer de la façon suivante :

- **Style personnel** : ordonné, organisé, sûr de lui, ambitieux, impatient, conscient de l'urgence du temps, tendance à l'auto-accusation, répression des émotions, déni, traits obsessionnels marqués.
- **Style relationnel** : compétitif, agressif, hostile, débit verbal explosif, musculature faciale tendue.
- **Interaction avec l'environnement** : besoin de contrôle des événements, acharnement dans l'accomplissement, incapacité à se relaxer, plus grande insatisfaction au travail, préférence pour travailler seul face au défi
- **Niveau de vigilance** : rythme d'activité accéléré, hyperactivité

Le type B comprend les caractéristiques inverses que l'on peut qualifier de « cool », paisible, sans grande ambition, voire nonchalant.

Les personnes du type A et celles du type B présentent des conditions physiologiques de base identiques, mais face à une même intensité de stress externe, les personnes du type A sont nerveusement et physiquement plus tendues que celles du type B, et elles ont tendance à choisir des emplois très exigeants (Bedeian et al., 1990). Les contraintes de l'environnement, les obstacles et les frustrations engendrent des réactions plus prononcées chez les personnalités de type A. Les comportements de type A sont fréquents dans les sociétés industrialisées, compétitives et pressées ; dans les milieux urbains, chez les cadres et les commerciaux.

De nombreuses études ont été menées depuis autour de ces personnalités, et selon Sauter et al. (2000), les recherches scientifiques contemporaines mènent à des conclusions contradictoires quant à la relation entre personnalité de type A et cardiopathie ischémique. Il semblerait qu'un risque accru de cardiopathie

ischémique concernerait un sous-groupe de personnalités de type A et associé à des contextes sociaux spécifiques. L'hostilité ressort comme la composante la plus préjudiciable du comportement de type A.

Parmi les facteurs psychosociaux, le soutien social joue aussi un rôle important dans le cadre des maladies cardio-vasculaires (Johnson & Hall, 1994).

2.4.3 Les troubles musculosquelettiques

(Riihimäki & Viikari-Juntura, 2000 ; Simoneau et al., 1996)

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont des pathologies multifactorielles d'origine professionnelle. Elles touchent différentes régions du corps associées au mouvement: les membres supérieurs, les membres inférieurs et le dos. En fonction des structures qu'elles affectent (tendons, muscles, articulations, nerfs ou systèmes vasculaire), on parlera de tendinite, de bursite, de syndrome carpien, etc.

Les mécanismes d'apparition des TMS ne sont pas encore très claires, mais il semble que ces lésions sont le résultat d'une sur-utilisation, outrepassant la capacité de récupération de l'organisme: on abuse, de façon répétée, d'une structure; on lui impose alors une charge de travail qu'elle ne peut tolérer sans conséquences fâcheuses.

Les évolutions sont diverses: blessure instantanée (ex: déchirure du ligament), inconforts légers qui s'aggravent progressivement, ou apparition soudaine et évolution rapide. Le fait que la maladie se développe souvent lentement constitue un avantage pour la prévention, car une intervention précoce permet une récupération complète. Mais d'un autre côté, lorsque l'évolution est lente, les premiers signes sont légers. Et ceci constitue un désavantage, car les gens ont de la peine à les prendre au sérieux. Les premiers inconforts sont souvent attribués à l'âge, ou alors les personnes pensent qu'ils passeront avec le temps.

Les premières douleurs sont donc des indicateurs précieux: sensations de fatigue localisée, inconfort, malaise. Ces signes sont d'autant plus importants s'ils perdurent et s'aggravent. Les premiers signes sont légers, localisés autour d'une région articulaire et disparaissent rapidement et entièrement après le travail. En s'aggravant, la douleur se fait bien sentir et touche toute une région environnante (épaule, coude, poignet), jusqu'à ne plus disparaître, même lorsque le mouvement n'est pas exécuté. Les signaux suivants indiquent qu'une intervention est nécessaire:

- intensification de la douleur ou du malaise
- diffusion de la douleur à toute une région
- l'inconfort s'associe à de plus en plus de mouvements
- persistance de l'inconfort en période de repos

Les facteurs de risque sont nombreux, mais leur seule présence ne suffit pas à expliquer l'apparition d'un TMS. L'effet d'un facteur de risque s'intensifie ou s'atténue en fonction des trois caractéristiques suivantes: L'intensité du facteur de risque, sa fréquence et sa durée.

Bien que la littérature scientifique ne soit pas unanime, on peut distinguer six facteurs de risque:

- **Les postures contraignantes:** lorsque la posture est à la limite de l'articulation, si on doit lutter contre la gravité pour la maintenir, si les structures anatomiques sont en mauvaise position pour pouvoir travailler (ex: tenir les bras au-dessus du niveau de l'épaule entrave la circulation sanguine). Un mauvais environnement de travail (ex: un mauvais placement du matériel) sont souvent à l'origine des postures contraignantes.
- **La force, l'effort et la charge musculosquelettique:** Certaines caractéristiques du travail peuvent nécessiter de la force (ex: manutention d'objets lourds, utilisation d'outils lourds mal positionnés sur leur support, assemblage de pièces qui s'imbriquent mal l'une dans l'autre). Les caractéristiques suivantes modèrent l'effet de l'effort musculaire : l'articulation sollicitée, la direction de l'effort, la prise, la posture, les caractéristiques individuelles.
- **Le travail musculaire statique:** Le risque d'un TMS est présent lorsque les muscles doivent lutter contre la gravité ou supporter le poids d'un membre (ex: travailler au-dessus des épaules ou courbé en avant).
- **La répétition et l'invariabilité du travail:** Dans les deux cas, ce sont toujours les mêmes groupes musculaires qui sont sollicités, ce qui augmente le risque de TMS.
- **L'exposition à certains agresseurs physiques:** L'exposition au froid (car il réduit la force et la dextérité des membres supérieurs), aux vibrations, aux impacts (ex: utiliser les mains pour frapper quelque chose) et aux pressions mécaniques (un tissu mou du corps est écrasé, vaut surtout pour les mains).
- **Les facteurs organisationnels:** La charge de travail qui influe sur la rapidité d'exécution de la tâche, l'intensité des efforts et les périodes de récupération; les horaires de travail, si les journées de travail s'allongent, la charge de travail augmente et les périodes de repos se raccourcissent; les changements technologiques comme l'utilisation du clavier d'ordinateur; l'environnement social, s'il condamne l'expression de la douleur et des malaises musculosquelettiques ressentis.

Ainsi, le stress n'est pas directement à l'origine des TMS. Le stress provoque une réaction d'adaptation, qui, lorsqu'elle est inadéquate (ex: accélérer le rythme de travail, ou rallonger les journées de travail), placent les personnes dans des situations à risque.

2.5 Les Interventions

Le premier rapport (Steinmann, 2005) abordait la question de la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Ce rapport-ci se concentrera plutôt sur les interventions ciblant la solitude et l'isolement social. En ce qui concerne le stress au travail, le rapport de Steinmann (2005) donne un bon aperçu des différentes approches d'intervention liées à la gestion du stress en entreprise. Ce rapport-ci expose plutôt les démarches préventives spécialement liées à la question du vieillissement de la force de travail.

2.5.1 Intervention dans le monde du travail

2.5.1.1 «Towards a longer worklife!». Concept global et recommandations pour les pays européens

Les interventions ciblant les personnes âgées dans le monde du travail sont rares. Ce travail ne présentera qu'une seule approche, celle développée en Finlande par le *Finnish Institute of Occupational Health*, car elle repose sur une étude longitudinale, spécialement conceptualisée pour étudier le vieillissement de la population active. En effet, l'institut a mené une étude de 16 ans (1981-1997) pour observer les changements au niveau du travail, du style de vie, de la santé, de la capacité fonctionnelle, de la capacité de travail et du stress dans un groupe d'employés municipaux (Savinainen et al., 2004). Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires (santé, capacité de travail, style de vie, environnement de travail), de mesures sur la place de travail (charge et contraintes de travail) et en laboratoire (capacité physique).

Selon ces auteurs, il est naturel que les capacités physiques et psychiques d'un employé diminuent avec le temps. Ils regrettent cependant que l'on n'en prenne pas assez compte ou que l'on essaie d'intervenir au niveau individuel (la personne doit s'adapter au travail) plutôt qu'au niveau environnemental (adapter les conditions de travail aux ressources de la personne) (Ilmarinen & Tempel, 2002). Ilmarinen (2006a) indique 4 terrains d'intervention :

1. Changement de l'attitude envers le vieillissement (réforme attitudinale)
2. Amélioration des compétences des employeurs et supérieurs en ce qui concerne les questions liées au vieillissement (réforme managériale)
3. Meilleure adaptation en fonction de l'âge et flexibilisation des conditions de travail (réforme de la vie au travail)
4. Adaptation des services de soins aux besoins des travailleurs âgés (réformes des services de santé)

L'équipe finlandaise défend une approche holistique. Selon les termes de Ilmarinen (2006b) : « Simultaneous interventions targeting several factors contributing to work ability, in which an external researcher participates in the planning, implementation, and follow-up of the enterprise's workplace health promotion, produces good results but are both complex and demanding in practice. They require a long time span and may be expensive. On the other hand, a limited-scope, though intense, intervention may not initiate permanent improvement in work ability ». Les principaux facteurs contribuant à la capacité de travail sont la santé, la capacité fonctionnelle, la compétence, l'attitude, les propriétés du travail. A cet égard, l'institut a mis sur pied entre 1990 et 1996 un programme, nommé FinnAge-Respect, lequel aborde le problème du vieillissement sur quatre fronts (Ilmarinen & Rantanen, 1999) :

1. Ajustement de l'environnement physique aux besoins de la personne
2. Ajustement de l'environnement psycho-émotionnel aux besoins de la personne
3. Promotion de la santé et d'un style de vie sain
4. Mise à jour des compétences professionnelles.

Les ajustements de l'environnement physique se réfèrent aux interventions ergonomiques et consistent surtout à diminuer la charge de travail (surtout pour les femmes), étant donné que les capacités physiques diminuent à partir de 40-50 ans et que la prévalence et l'incidence de troubles musculosquelettiques augmentent drastiquement à partir de 50 ans. Une autre intervention vise à planifier les périodes de repos, car les besoins en récupération augmentent avec l'âge et diffèrent en fonction du type de tâche. Et en dernier lieu, il s'agit de diminuer le travail répétitif.

L'ajustement psycho-social comprend la gestion des âges, des horaires de travail flexibles et la mise en place de groupes de travail. La gestion des âges semble être l'intervention la plus prometteuse. Elle comprend plusieurs aspects : le développement d'une attitude positive envers son propre vieillissement et celui des autres ; l'adhésion au travail de groupe ; la recherche de solutions individuelles tenant compte des forces et faiblesses de chacun ; un changement dans l'organisation du travail. Ilmarinen et Rantanen (1999) soulignent l'importance de former les chefs d'équipe et les employeurs aux questions du vieillissement.

La promotion de la santé et des styles de vie sains est liée à une activité physique régulière, privilégiant plutôt l'endurance. L'exercice régulier améliore non seulement la capacité de travail physique, mais aussi la capacité de travail psychique ainsi que la capacité à montrer un comportement sociable au travail.

La mise à jour des compétences est centrale, car la majorité des places de travail évoluent rapidement en raison des avancées technologiques. Or, les personnes âgées ont souvent eu une formation de base moins

poussée que les jeunes générations. Une attention particulière doit être accordée au niveau de la formation aux outils informatiques. Toutes les formations continues en général doivent être adaptées aux personnes âgées.

Ils ont testé leur intervention dans une vingtaine de projets et concluent, suites à leurs expériences, que l'intervention diminue le taux d'absence, et les coûts liés à l'aptitude au travail ; augmente la productivité ; et crée une bonne image de l'entreprise, améliore la qualité de vie et le bien-être des employés, et optimise aussi certainement la phase du troisième âge.

D'autres exemples d'intervention sont décrits dans le document de Morschhäuser et Sochert (2006) : « Healthy Work in an Ageing Europe, strategies and instruments for prolonging working life ». Ils ne seront pas détaillés ici, car d'une part, ils se réfèrent également aux recherches de Ilmarinen et ses collègues, et d'autre part, ils présentent des interventions qui n'ont pas fait preuve d'un accompagnement scientifique.

2.5.1.2 Directive des Médecins du travail et autres Spécialistes de la Sécurité au Travail (MSST)

La Suisse est dotée d'une structure d'intervention déjà bien régulée. En effet, la directive MSST concrétise l'obligation qui incombe aux employeurs de mettre en œuvre une politique de prévention professionnelle, en faisant notamment appel à des Médecins du travail et autres Spécialistes de la Sécurité au Travail (MSST). L'objectif consiste à améliorer continuellement la sécurité et la protection de la santé en entreprise, afin de diminuer à long terme le nombre d'accidents et d'atteintes à la santé. La directive est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 et a été mise à jour le 1^{er} février 2007. La méthode constitue un outil pour l'employeur, afin d'améliorer sans cesse la sécurité et la protection de la santé dans l'entreprise. Elle comprend trois étapes :

1. La détermination systématique de dangers dans l'entreprise et la mise à disposition de connaissances spécialisées (le cas échéant, appel à des spécialistes)
2. L'élaboration d'un système de sécurité tenant compte des dangers identifiés
3. L'application systématique de mesures de protection

Certes, cette méthode ne porte pas uniquement sur le stress et les aspects psychosociaux. Mais, le cadre légal à l'origine des directives MSST semble approprié pour intégrer les interventions de type holistiques comme celle qui a été développée en Finlande. En effet, ce type d'intervention requière des connaissances étendues et pointues sur le vieillissement au travail et nécessite donc l'intervention de spécialistes, comme ceux que l'on peut contacter dans le cadre des directives MSST.

2.5.2 Intervention chez les personnes âgées retraitées

Dans leur revue de la littérature au sujet des interventions destinées à prévenir la solitude et l'isolement social chez les personnes âgées, Cattan et ses collègues (2004) recensent 30 études. Les interventions proposées sont très variées :

Intervention de groupe

- Types de cours :
 - Formation, traitant de l'importance des relations sociales ou de thèmes de santé liés à l'âge, et qui peut aussi être combinée avec un cours d'éducation physique.
 - Groupe d'accompagnement en cas de deuil
 - Programme d'activation des réseaux sociaux
- Forme de l'intervention : discussion, entraide, exercices, entraînement des compétences
- Forte variation au niveau de la structure, de la durée et de l'intensité.
- La majorité travaille avec des professionnels, mais parfois des pairs sont aussi engagés et formés.
- La liberté laissée aux participants dans la conception de l'intervention varie également d'une intervention à l'autre.

Interventions personnelles

- Formes d'intervention : visite à domicile, contacts téléphoniques, soutien thérapeutique pour les personnes à risque de suicide, soutien social
- Dans toutes les interventions personnelles, les personnes n'avaient que peu de pouvoir de décision. Ils pouvaient soit demander une aide, soit la refuser et fixer le nombre de rencontres avec le responsable ou l'infirmier.

La qualité de l'évaluation de ces interventions varie aussi fortement d'une étude à l'autre. Selon Cattan et ses collègues (2004), sur ces trente interventions seules 13 ont été soumises à une évaluation de qualité. Six études concluent que l'intervention a été efficace, six autres démontrent l'inefficacité des interventions et une étude ne permet pas de tirer une conclusion claire.

Les interventions sont très différentes en termes de groupes cible, de types d'intervention, de durée, et d'intensité. En raison de cette hétérogénéité, il s'avère difficile de donner une ligne directrice assurant à coup sûr l'efficacité d'une intervention ciblant le soutien social (Hogan et al., 2001). Néanmoins, Cattan et ses collègues (2004, p. 57) relèvent les points communs en comparant les études efficaces à celles qui ne le sont pas. Ainsi les interventions efficaces partagent les caractéristiques suivantes :

- Interventions de groupe avec un but éducatif ou mettant sur pieds des activités d'entraide.
- Elles ciblent des groupes spécifiques, comme les femmes, les parents s'occupant de la personne âgée, les personnes endeuillées, les veufs(-ves), les personnes physiquement inactives ou touchées par un problème physique ou mental.
- Les participants ont un certain contrôle sur le déroulement de l'intervention. Il s'agit plutôt d'une élaboration partagée.
- Elles évaluent un service déjà existant ou développé au sein d'une structure déjà existante.
- Les participants ont été identifiés au travers du médecin généraliste, à l'aide d'avis mortuaires, ou au travers d'annonces médiatiques.
- Elles comprennent une évaluation du processus d'intervention.
- Seules deux études évaluent l'efficacité d'un programme d'activité physique. Ces programmes influencent positivement le degré de solitude, mais dans une des deux études, l'effet s'inverse après 1 année.

2.5.2.1 Exemple d'intervention : Groupes de discussion sur le thème de l'amitié et de la solitude

Stevens (Stevens & Van Tilburg, 2000; Stevens, 2001) propose une intervention structurée dont l'objectif est d'améliorer les compétences sociales des personnes âgées. L'intervention s'articule de la façon suivante :

- Clarification des besoins / désirs / attentes par rapport à l'amitié
- Analyse du réseau actuel et identification des amitiés présentes actives ou inactives
- Formulation d'objectifs dans le but d'améliorer le réseau d'amitiés actuelles ou de favoriser la formation de nouvelles amitiés
- Développement et évaluation de stratégies pour atteindre ces objectifs.

Les évaluations ne respectent pas les critères du RCT. Une des deux études (Stevens & Van Tilburg, 2000) comprend néanmoins un groupe contrôle composé de personnes âgées n'ayant bénéficié d'aucun programme d'intervention. Les résultats mettent alors en évidence une diminution de la solitude, une amélioration de l'estime personnelle et une complexification du réseau social chez les participants.

2.5.2.2 Exemple d'intervention : Groupes de discussion / Formation sur des thèmes de santé liés au vieillissement

Le programme « Aktive Gesundheitsförderung im Alter » (Meier-Baumgartner et al., 2006 ; Dapp et al. 2007) a pour objectif la prévention de maladies et de handicap liés au vieillissement. Il s'adresse aux personnes ayant au minimum 60 ans. Les personnes ont suivi deux jours de cours à six mois d'intervalle.

Les thèmes suivants ont été retenus : La nutrition, l'activité physique et l'environnement social. Un réseau de professionnels a été contacté et renforcé, autour des médecins de famille. Une équipe interdisciplinaire et spécialement formée dans le domaine du vieillissement était chargée de l'intervention (nutritionniste, physiothérapeute, assistante sociale, médecin).

La journée de formation comprenait des présentations ex-cathedra et des travaux de groupes pour les thèmes concernant l'alimentation et l'activité physique. Les problèmes sociaux étaient discutés en privé, les participants ayant la possibilité de prendre un rendez-vous avec une assistante sociale.

1. Présentation ex-cathedra par différents spécialistes
2. Discussion de groupes (max. 6 personnes)
 - a. Chaque participant établit un protocole personnel (ex : activités menées au quotidien actuellement, problèmes rencontrés, intérêts, objectifs futurs).
 - b. Les experts analysent et commentent les protocoles des participants (ex : effets positifs et négatifs des comportements cités)
 - c. Les participants ayant vécu les mêmes expériences peuvent alors échanger leurs idées.
 - d. Des conseils individualisés (au minimum 2 conseils) sont donnés à chaque participant. Le premier renforce un comportement déjà exécuté en partie par le participant. Le deuxième propose quelque chose de nouveau. Les experts donnent également des indications sur les services locaux, auxquelles les participants peuvent s'adresser par la suite (ex : les fédérations sportives, physiothérapeute).
 - e. L'expert envoie par la suite une lettre rappelant les conseils individualisés. Parfois une consultation auprès du médecin est suggérée.
3. Conseils privés au sujet de questions sociales (optionnel)
 - a. Les participants peuvent prendre un rendez-vous avec l'assistante sociale. Les thèmes suivants ont été abordés : passage à la retraite et vieillesse active, organisation du temps libre et fonctions honorifiques, forme d'habitation (vie communautaire, home,...), stratégie

pour prévenir la solitude, soins aux personnes handicapées ou démentes, assurance médicale et services médicaux.

b. L'assistante sociale est à disposition pour des conseils téléphoniques ou des visites à domicile.

4. Visite à domicile (optionnel)

a. Une évaluation standardisée est menée et des conseils individualisés sont fournis.

Bien qu'annonçant une recherche RCT, les évaluateurs ne font qu'une évaluation subjective après l'intervention. Certes, ils comparent les caractéristiques démographiques des participants (503 personnes) avec ceux qui ont préféré une visite à domicile (77 personnes) et ceux du groupe contrôle (224 personnes). Mais, l'évaluation de l'efficacité du programme ne consiste qu'en un appel téléphonique, demandant aux participants, 6 mois après la journée de formation, les conseils qu'ils ont réussis à mettre en pratique au quotidien.

En gros, les trois groupes se distinguent selon les caractéristiques suivantes (Dapp et al., 2007) : Les personnes préférant les visites à domicile sont plus âgés, plutôt des femmes, sont objectivement en moins bonne santé et se sentent en moins bonne santé, dénotent un type d'attribution externe dans le sens où elles estiment que les médecins/spécialistes sont responsables de leur santé. Les personnes participant aux journées de formation ont en général une formation plus élevée et un type d'attribution interne, dans le sens où ils se sentent responsables de leur propre santé. Parmi celles qui ne participaient à aucune intervention (groupe contrôle), les raisons suivantes ont été évoquées : aucun intérêt, absence durant les journées de formation, confiance exclusive orientée vers le médecin, inutilité de ce genre de formation étant donné un bon état de santé, autres préoccupations plus importantes.

Les compétences des participants se sont améliorées au cours de l'intervention. Par rapport à l'alimentation, 77% de ceux qui ont reçu le conseil de boire plus durant la journée et 50% de ceux qui ont reçu le conseil de manger plus de fruits et de légumes le mettent en pratique. Par rapport à l'activité physique, la moitié de ceux ayant reçu un conseil l'ont mis en pratique à la lettre ou sous une forme alternative (ex : cours de Yoga à la place du Tai Chi). Enfin, 25% des participants ont profité de l'occasion pour prendre un rendez-vous avec l'assistante sociale, afin de clarifier certaines questions personnelles (ex : prévoyance, testament, aménagement de l'habitat, recherche de soutien en situation de deuil ou de solitude).

2.5.2.3 Exemple d'intervention : *Coping* proactif

La préparation au vieillissement n'a pas encore attiré beaucoup d'attention dans la littérature scientifique (Bode et al., 2006). Lachman et Prenda Firth (2004) ont montré que les personnes âgées planifient moins pour le futur que les jeunes. Or, ils affirment qu'une réflexion sur les objectifs futurs ne peut être que bénéfique pour le bien-être des personnes âgées. Sur la base de ces considérations, Bode et son équipe (Bode et al., 2006; Bode et al., 2007) ont mis sur pied un programme de prévention, nommé "In Anticipation of the Golden Years", aidant les personnes âgées à spécifier leurs objectifs futurs, à identifier les ressources nécessaires pour les atteindre et à prévenir les développements indésirables. Le but consiste à promouvoir les objectifs désirés et à prévenir autant que possible ceux qui ne le sont pas. Il s'agit de passer d'un *coping* réactif à un *coping* proactif. Les premiers signaux sont diagnostiqués le plus tôt possible et une réflexion est menée sur la stratégie à utiliser pour influencer l'évolution des potentiels problèmes. L'intervention se déroule selon les étapes suivantes :

1. Identification des avantages liés à l'anticipation du futur. Réflexion au sujet des premiers signaux liés au vieillissement. Réflexion au sujet des regrets que l'on risque de ressentir, si rien n'est entrepris.
2. Reconnaissance et gestion des premiers signaux du vieillissement. Identification des stratégies de *coping* proactif.
3. Spécification des stratégies servant à atteindre les objectifs personnels à l'aide de la simulation psychique. Imagination de deux alternatives servant à atteindre l'objectif fixé.
4. Réflexion au sujet des facteurs environnementaux entravant ou facilitant l'atteinte des objectifs fixés.

Le programme a suscité une réaction positive dans les médias, auprès des institutions travaillant dans le domaine de la psychologie et auprès des participants. Les compétences en matière de *coping* proactif ont été améliorées. Mais le comportement reste inchangé 12 semaines après l'intervention. La capacité à prendre en considération les conséquences futures d'un comportement présent s'améliore. L'intervention n'a pas d'effet sur le sentiment d'efficacité personnelle, mais les auteurs soulignent que les participants indiquaient un sentiment d'efficacité personnelle élevé dès le début du programme, d'où leur crainte que le programme n'attire qu'un groupe spécifique de personnes, à savoir celles qui disposent d'un sentiment d'efficacité élevé. Ainsi, les personnes qui dénotent un type de contrôle externe ou un sentiment d'efficacité faible auraient tendance à ne pas participer à ce type d'intervention. L'intervention n'a pas d'effet collatéral négatif (ex : crainte du futur, anticipation du futur avec regret). La capacité à formuler des objectifs clairs facilite l'apprentissage du *coping* proactif.

3. Connaissances, attitudes et comportements face au stress

Le premier rapport (Steinmann, 2005) ainsi que le chapitre 2 de ce rapport-ci mettent en évidence l'étendue des recherches menées au sujet du stress. Bien que les approches théoriques diffèrent quelque peu, la lecture des articles scientifiques liés au stress permettent de se forger une idée globale et cohérente sur le stress et son fonctionnement. Le chapitre trois a pour objectif d'analyser la compréhension laïque du stress, autrement dit de répondre aux questions suivantes : Que savent les gens par rapport au stress ? Comment le définissent-ils ? Quels liens font-ils entre stress et santé ? Quelles interventions préconisent-ils ou mettent-ils en pratique ?

3.1 Connaissances laïques relatives au stress et à ses conséquences sur la santé

Les recherches scientifiques fournissent une multitude de modèles et de définitions liés au stress (Jex et al., 1992) et finalement tout ce qui peut bousculer un peu l'homéostasie peut être considéré comme *stressant*. Le mot stress n'a pas seulement envahi le vocabulaire scientifique, il est également très à la mode dans le langage courant. Le stress est partout, au travail, dans la famille, en vieillissant. Jusqu'à maintenant nous avons présenté les conceptions scientifiques du stress. Mais face à ce discours sur le stress que retiennent les gens ? Que savent-ils sur le stress ? Quelles sont, selon eux, les causes et les conséquences du stress ? Comment expliquent-ils que le stress est source de maladie ? Quelles interventions préconisent-ils ? Et enfin, comment jugent-ils les interventions proposées par les professionnels ?

Une meilleure compréhension des conceptions laïques du stress est cruciale, car ces représentations et ces discours de la vie courante influencent la perception et l'interprétation des symptômes ainsi que la décision de rechercher une aide ou des informations supplémentaires (Petrie & Weinman, 1997, in Kinman &

Jones, 2005). Les études ne sont pas très nombreuses, mais les résultats sont consistants et permettent déjà de tirer quelques conclusions.

Tout d'abord, les gens s'accordent à décrire le stress comme un **mal social épidémique propre à la société actuelle** (Kinman & Jones, 2005), conception qui reflète également ce qu'écrivent les journaux (Lewig & Dollard, 2001). Le stress concerne principalement le monde du travail, pour les gens (Beachler et al., 2003 ; Kinman & Jones, 2005), et selon les médias (Lewig & Dollard, 2001).

Ensuite, les personnes ont **beaucoup de peine à définir le stress** (Kinman & Jones, 2005 ; Beachler et al., 2003). Certains le définissent par ses causes, d'autres par ses symptômes et d'autres en ayant recours aux stratégies qu'ils appliquent lors de la gestion de leur stress (Beachler et al., 2003). Les symptômes sont le plus souvent utilisés pour décrire le stress (Beachler et al., 2003). Ils décrivent des aspects psychologiques ou émotionnels, comme l'anxiété, la tension, la confusion ou la frustration, ou alors des aspects physiques, comme les maux de tête, les maux de dos, les problèmes digestifs ou l'hypertension, ou encore des aspects du fonctionnement cognitif, comme la difficulté à prendre du recul ou à penser de façon logique (Kinman & Jones, 2005). Les descriptions fournies reflètent la réalité des gens. Ainsi, les cadres et chefs d'entreprise ont tendance à décrire une fatigue psychique alors que les ouvriers mentionnent plutôt une fatigue physique. L'impossibilité d'assurer les délais et la surcharge de travail sont les causes les plus souvent citées (Kinman & Jones, 2005 ; Beachler et al., 2003). Dans l'étude de Kinman et Jones (2003), 78% des causes citées relèvent de **facteurs environnementaux** : l'insécurité de l'emploi, la monotonie du travail et le manque de support sont les causes les plus citées. Les cadres mentionnent aussi les responsabilités inhérentes à leur fonction et l'impossibilité de pouvoir s'en décharger (Beachler et al., 2003). Il est très intéressant de noter que les premières causes de stress décrivent des *stresseurs* incontrôlables. Ceci est confirmé par l'étude de Beachler et ses collègues (2003). Ses sujets affirment effectivement que le stress à la maison leur semble plus gérable que le stress au travail, car les employés n'ont pas l'impression d'avoir de l'emprise sur leur stress au travail. Ceci est un élément important, car elle influence la participation aux cours de prévention. Pourquoi aller à un cours m'apprenant à me relaxer, si je sais pertinemment que le problème réside dans la surcharge de travail, laquelle est déterminée par mon chef et par sa compétence à gérer les délais avec le client ? Nous y reviendrons. **Les causes individuelles** les plus mentionnées sont la personnalité (Kinman & Jones, 2005 ; Beachler et al., 2003) et les conflits de rôles entre le travail et la famille (Kinman & Jones, 2005). On note également une différence marquée entre employés et employeurs. Ces derniers ont plus tendance à expliquer le stress par des facteurs personnels (Kinman &

Jones, 2005 ; Beachler et al., 2003) et remettent moins en cause les aspects organisationnels. Pour les employeurs, chacun se crée son propre stress et il suffit de mieux s'organiser pour l'éviter.

De nombreuses études ont pu confirmer que les gens s'accordent à dire que le stress est **à l'origine de maladies**. Kinman et Jones (2003) ont demandé sous forme de question ouverte quelles étaient les conséquences du stress. Les réponses les plus fréquentes sont les suivantes : tension/anxiété/colère ; dépression/insatisfaction ; irritabilité ; difficulté au sein du couple ; mauvaise santé physique ; fatigue ; difficulté à gérer son travail/ erreur dans les tâches ; mauvaise concentration. Il est intéressant de noter que l'hypertension et les problèmes cardiaques ne sont que très rarement cités chez ces personnes en bonne santé, alors qu'ils sont plus souvent évoqués comme cause par des patients ayant vécu un arrêt cardiaque (Clark, 2003). Du coup, on peut se demander si les gens sains font vraiment le lien entre maladies cardiovasculaires et stress. Parker et ses collègues (1993) ont demandé à leurs sujets de cocher dans une liste de symptômes et de maladies ceux dont la cause pouvait être le stress. C'est une approche très différente, car les symptômes sont déjà suggérés. Dans ce cas, la pression sanguine est le plus souvent citée, ce qui n'était pas le cas chez Kinman et Jones (2003). Viennent ensuite les ulcères, les troubles cardiaques, les attaques, les troubles de l'estomac ou de l'intestin. Baechler et ses collègues (2003) ont demandé si le stress pouvait être perçu comme une maladie. Les sujets répondent alors majoritairement que le stress n'est pas une maladie mais qu'il peut être générateur de maladie.

3.2 Stratégies et comportements proposés pour lutter contre le stress

Lorsque l'on demande aux personnes ce qu'il faudrait faire pour avoir moins de stress, les **stratégies individuelles** viennent en tête par rapport aux stratégies organisationnelles (Kinman & Jones, 2005). Parmi les activités les plus citées, on compte les activités sportives ou activités de loisirs, une meilleure organisation de son travail et du temps, l'expression des ressentis (Kinman & Jones, 2005 ; Beachler et al., 2003). Les fumeurs mentionnent également que fumer est un moyen pour eux d'évacuer le stress (Baechler et al., 2003), ce qui confirme le modèle de comportements malsains évoqué par Krohne. **Les idées d'amélioration au niveau structurel** sont nettement moins nombreuses (Kinman & Jones, 2005) : plus de contrôle, d'information et de connaissances ; meilleure organisation en général, meilleure communication entre les différents échelons hiérarchiques, plus de personnel pour réduire la charge de

travail. Les études mettent en évidence ce paradoxe qui consiste à trouver des solutions individuelles face à un problème dont on situe la cause au niveau social et structurel. Ce schéma est reproduit dans les journaux (Lewig & Dollard, 2001). Selon Lewig et Dollard (2001, p. 187) : « This analysis has probed the representation of work stress in the Australian media, and reveals its representation within the discursive frameworks of environmental causality – individual responsibility ».

Les programmes de prévention proposés sont appréciés mais représentent une surcharge de travail (Beachler et al., 2003). Une autre étude souligne que les programmes de prévention se focalisant sur l'individu sont considérés comme inutiles, car ils ne prennent pas en compte les contraintes réelles du monde du travail et le fait que certaines contraintes ne sont pas sous le contrôle de l'individu (Harkness et al., 2005). Le stress est considéré comme un phénomène normal de la société actuelle. Être stressé signifie que l'on fait de son mieux. Ne pas être stressé signifie que l'on est laxiste. Il s'agit d'un phénomène social normal et qui n'est pas sous le contrôle de l'individu. Or, cette attribution causale, que l'on pourrait ramener à un « locus of control » externe risque d'entraver fortement toute intervention préventive ciblant l'amélioration des compétences individuelles. De plus, l'homme stressé est valorisé pour autant qu'il sache gérer son stress. Harkness et ses collègues (2005) montrent comment l'incapacité de gérer son stress est liée à un jugement d'incompétence et de faiblesse. Cet aspect est aussi corroboré par les résultats de Kinman et Jones (2005). Du coup, aller à un cours pour apprendre à gérer ou exprimer émotionnellement son stress, c'est rendre son incompétence publique. Harkness et ses collègues (2005) concluent qu'être stressé au travail et le dire est tout à fait normal et même souhaité, mais que de le montrer reste socialement condamné.

4. Compétences en matière de santé

Depuis quelques années, la recherche a développé un intérêt pour l'analyse des compétences des personnes en matière de santé, le but étant de mieux comprendre les facteurs expliquant le comportement d'une personne face à sa santé. Ce chapitre expose, tout d'abord, l'évolution de la définition de ce nouveau concept et présente ensuite trois modèles détaillant la compétence en matière de santé. Il décrit ensuite la « Unified Theory », car elle fait la synthèse des grandes théories du comportement en présentant les facteurs centraux, expliquant la présence vs l'absence d'un certain comportement. Le chapitre s'achève ensuite sur une analyse de la compétence en matière de santé dans le domaine de la santé psychique et dans le domaine du stress.

4.1 Définitions

La compétence en matière de santé - Health Literacy – est un terme qui est apparu dans les années quatre-vingt chez des chercheurs américains. À cette époque, le terme *Literacy* se référait à la capacité de lire (et d'écrire) et était utilisé surtout dans un contexte médical (*Health*).² A partir de la deuxième moitié des années quatre-vingt, dans les facultés de médecine, des médecins et chercheurs ont effectué des tests pour savoir si leurs patients étaient capables de lire et de comprendre les informations concernant leur traitement sur les notes explicatives, les fiches de consultation ou encore sur les ordonnances. Par la suite, de plus en plus d'études ont évalué le rapport entre l'instruction (*Literacy*) et la santé (*Health*). La question était de savoir de quelle manière les services de la santé étaient sollicités ou encore comment les médications étaient respectées. En janvier 2000, Rima Rudd (Rudd et al., 1999) a publié une bibliographie de la littérature médicale et de la santé publique dans le cadre d'une conférence annuelle sur l'apprentissage chez les adultes et l'instruction (*Annual Review of Adult Learning and Literacy*). Cette bibliographie répertorie des publications au sujet de l'instruction entre 1990 et 1999 (Zobel, 2002). Son analyse met en évidence que l'intérêt pour

² La définition de *Literacy* selon UNESCO: „The ability to read and write a simple statement about one's everyday life and do simple mathematical calculations“ (UNESCO, 2006).

L'instruction augmente dans la médecine et dans la santé publique. Le concept de compétence en matière de santé (*Health Literacy*) a changé avec les nouvelles connaissances sur le rapport entre l'instruction et la santé. Le terme a continué à se développer, et dans le courant des années quatre-vingt-dix, a pris la signification de *compétence fonctionnelle* qui inclut la *compréhension des informations sanitaires* (limité au contexte médical). L'étude de Parker (Parker et al., 1995) est la première étude systématique au sujet de la compétence en matière de santé. On peut la consulter sur Pub Med (MEDLINE®)³. Dans cette étude, Parker définit la compétence en matière de santé comme suit: „*Functional health literacy means being able to apply literacy skills to health-related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care*“ (Parker et al., 1995).

Dans la communauté scientifique, il y a plusieurs définitions et concepts de la compétence en matière de santé. Par exemple, le centre pour les stratégies de la compétence en matière de santé (*Center for Healthcare Strategies Inc. (2000)*) définit la compétence en matière de santé comme suit: “[...] *the ability to read, understand, and act on health care information.*” Mais du fait que le système sanitaire actuel devient de plus en plus compliqué et que les citoyens peinent à s’y retrouver, on peut conclure que la compétence en matière de santé est plus que cela. Selon les termes de Parker: „*the degree to which people have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services and make appropriate health decisions*” (Parker et al., 1995). L’OMS va encore plus loin. En 1998, elle définit la compétence en matière de santé comme l’ensemble des aptitudes cognitives et sociales qui motivent les personnes et les rendent aptes à aménager leur vie d’une façon saine. Pour Zarcadoolas (2005), la compétence en matière de santé suppose qu’une personne peut “[...] *to use health concepts and information generatively [...]*”. Elle propose un nouveau modèle qui contient plusieurs types d’„instructions“ (*literacies*): *fundamental literacy, science literacy, civic literacy, et cultural literacy*. Nutbeam (2000) a développé un autre modèle de la compétence en matière de santé qui s’appuie fortement sur les idées de santé publique et de promotion de la santé. Ce modèle contient trois niveaux différents: *Functional health literacy, interactive health literacy et critical health literacy*.

Actuellement, la ‘compétence en matière de santé’ se réfère à une multitude de compétences, de savoirs, et de ce qu’on nomme communément *Life skills*. Ainsi, la compétence en matière de santé représente un concept clé permettant de mieux comprendre comment les personnes adhèrent au quotidien à des comportements sains et comment ils prennent et assument des décisions relatives à leur santé. La compétence en matière de santé englobe également les mesures d’initiation et de communication mis en place au niveau de la promotion de la santé. Elle se développe dans un vaste contexte. A part l’organisation

³ Recherche d’études qui ont le terme „Health Literacy“ dans le titre.

personnelle, il faut aussi tenir compte du milieu social. Par rapport à la compétence en matière de santé, on utilise aussi très souvent des termes tels que éducation sanitaire, maturité sanitaire, compétence personnelle, compétence des patients ou encore compétence d'agir.

Pour une vue d'ensemble plus détaillée, on peut citer deux travaux. Le compendium de Daniela Maag (2005) ainsi qu'une bibliographie détaillée de De Walt (2004).

4.2 Modèles, concepts et théories

4.2.1 Modèle de Kickbusch et Maag

Kickbusch et Maag (2005) définissent la compétence en matière de santé comme la capacité de chacun à prendre des décisions dans la vie quotidienne ayant des conséquences positives sur la santé, à la maison, au travail, dans le système de santé et dans la société en général. La compétence en matière de santé permet de prendre la responsabilité de sa propre santé. Les personnes développent leur capacité à rassembler les informations nécessaires et deviennent, par conséquent, plus indépendantes pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé (Kickbusch et Maag, 2005).

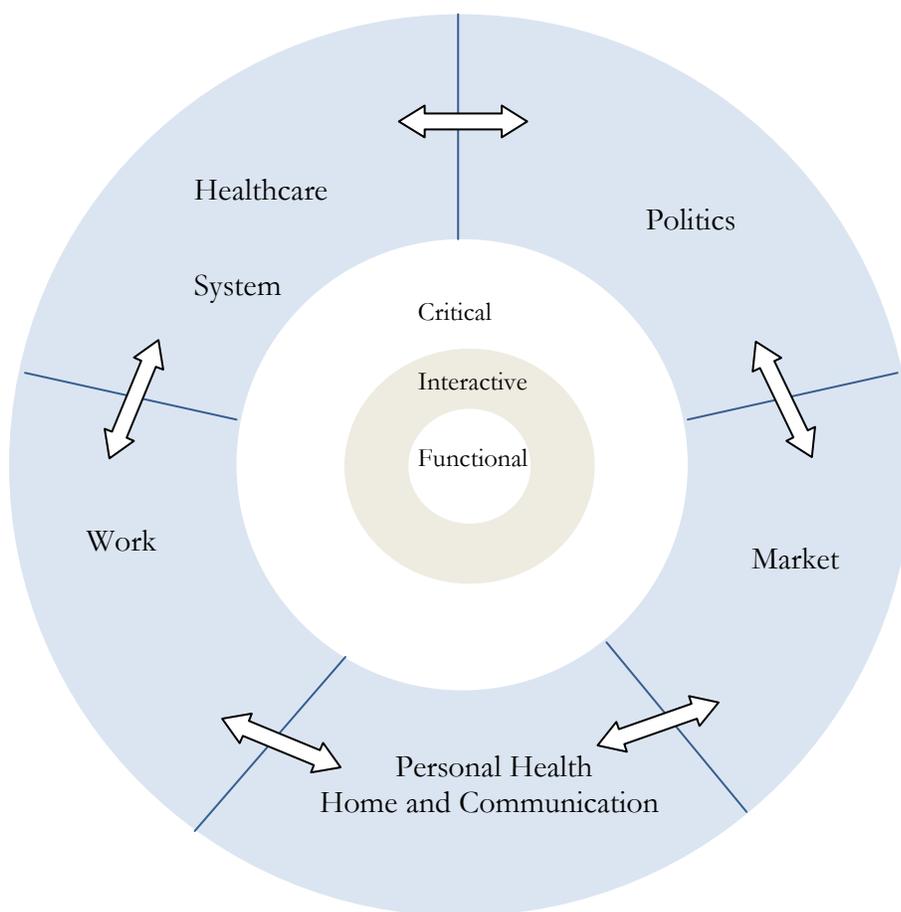
Cette définition comprend les trois dimensions de Nutbeam (2000). **La dimension fonctionnelle** se réfère à la capacité à comprendre et à mettre en pratique des informations simples au sujet de la santé. **La dimension interactive** comprend des aptitudes cognitives plus avancées ainsi qu'une compétence au niveau social, permettant une participation active (ex : capacité à s'adresser aux services de santé appropriés, capacité à communiquer avec les professionnels). **La dimension critique** suppose que la personne est capable de remettre en question les recommandations et les affirmations faites sur sa santé, d'évaluer une décision sanitaire et le risque encouru.

Selon Kickbusch (2006), 5 domaines sont concernés :

- La compétence en matière de santé personnelle : connaissances de base au niveau de la santé et capacité à mettre en pratique un savoir promouvant sa propre santé ; connaissances des soins personnels et ceux que l'on peut octroyer aux membres de la famille ; et connaissance des premiers secours.
- Compétence en matière d'orientation dans le système de santé : capacité à s'orienter dans le système de santé et à interagir avec les professionnels.
- Compétence en matière de consommation : capacité à choisir les produits et les services bénéfiques pour sa propre santé et à faire valoir ses droits de consommateur soucieux pour sa santé.
- Compétence en matière de politique de santé : capacité à se comporter en tant que citoyen informé et conscient de ses droits et obligations (ex : capacité à prendre position pour des questions de santé).
- Compétence dans le monde du travail : capacité à protéger sa santé et à prévenir les maladies liées au travail en appliquant les mesures de sécurité et en aménageant des conditions et un environnement de travail bénéfique.

Sur la base des définitions de Kickbusch et Maag, Jen Wang et Margrit Schmid ont dirigé le projet "Observation de la compétence en matière de santé Suisse" (Swiss Health Literacy Survey 2006 – HLS.CH) à l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université Zurich. Ils ont mesuré la compétence de la population en matière de santé dans trois domaines : le savoir, l'attitude et les valeurs. Les résultats sont consultables sur leur site internet : www.competencesante.ch.

Figure 1 : Compétence en matière de santé selon Kickbusch et Maag (2007)



4.2.2 *Modèle de Abel*

Thomas Abel (Abel & Bruhin, 2003 ; Sommerhalder & Abel, 2007) de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Berne définit la compétence en matière de santé comme „(...) la compétence à mener une vie saine qui se base sur le savoir. (...) Ce savoir est surtout transmis par la culture et l'éducation. Hormis le savoir pratique, ce modèle de la compétence en matière de santé contient également un savoir spécifique qui concerne les risques de santé individuels et collectifs ou encore les mesures d'amélioration des conditions de santé “ (Abel & Bruhin 2003).

L'empowerment est un concept central dans son modèle. Il s'agit d'un processus au travers duquel les individus, les organisations et les collectivités se responsabilisent et prennent le contrôle par rapport à des sujets qui les concernent directement. **La compétence en matière de santé** constitue donc un aspect central du processus d'empowerment, dans la mesure où une personne qui se sent compétente prendra plus facilement activement part aux questions de santé.

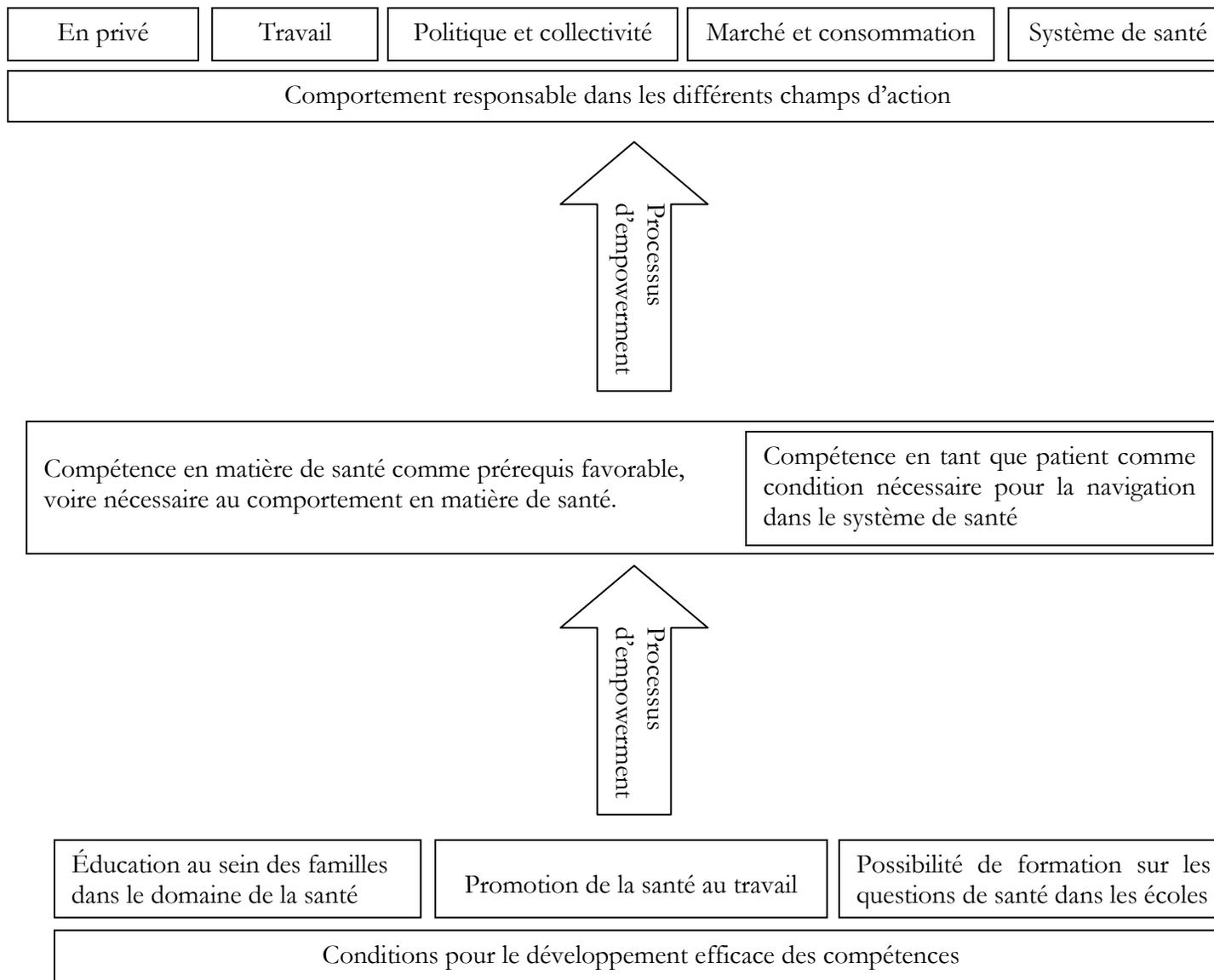
Le modèle de Abel et Sommerhalder (2007) met en évidence que la compétence en matière de santé ne se limite pas uniquement au contexte du patient, mais s'étend aussi à d'autres champs d'action, le système de santé n'étant qu'un exemple parmi d'autres des champs d'action possibles. Les patients doivent savoir s'orienter dans le système de santé et prendre des décisions relatives à leur traitement. Ils font donc preuve de compétence en matière de santé. Néanmoins, cette compétence de patient représente une expression spécifique de la compétence en matière de santé, qui se manifeste en situation de maladie ou en contact avec le système de santé. La compétence en matière de santé renvoie à une compétence plus générale, qui s'incarne sous différentes formes en fonction du contexte.

Enfin, la compétence en matière de santé représente une condition *sine qua non* pour le développement d'**une responsabilité prospective en matière de santé**. Mais, le développement d'une responsabilisation des individus en matière de prévention et de promotion de leur propre santé ne peut être concrétisée que sous deux conditions :

1. elles doivent avoir accès à des informations fiables et compréhensibles ;
2. elles doivent être capables de mettre en pratique ces informations dans le contexte spécifique dans lequel elles vivent, et de prendre des décisions appropriées.

Finalement, la relation entre l'empowerment et la compétence en matière de santé est à double sens, les deux se renforçant mutuellement. D'une part, le processus d'empowerment renforce la responsabilité des individus et les pousse à développer leur compétence en matière de santé, afin qu'ils deviennent des acteurs à part entière au niveau des questions de santé. D'un autre côté, l'amélioration des compétences en matière de santé augmente la probabilité qu'une personne participe activement aux débats liés aux questions de santé : Quand on se sent compétent, on comprend mieux les enjeux et on se sent plus impliqué donc plus motivé à participer.

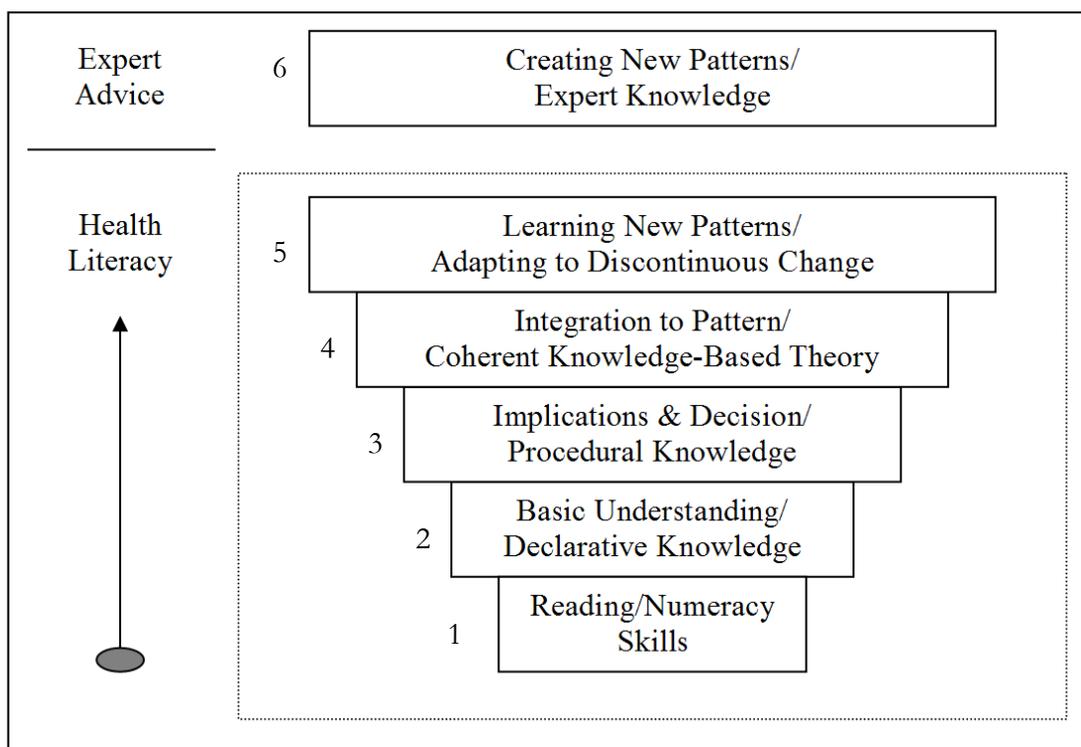
Figure 2 : Compétence en matière de santé selon Abel et Sommerhalder (2007)



4.2.3 Modèle de Schulz et Nakamoto

Schulz et Nakamoto (2005) décomposent la compétence en matière de santé en plusieurs capacités. Tout d'abord, la **capacité à lire, à écrire et à comprendre les données chiffrées** (cf. figure 3 numéro 1) constitue la base sur laquelle la compétence en matière de santé peut se développer, spécialement dans une société où l'information circule sous forme écrite. Ensuite, la compétence en matière de santé contient **un savoir déclaratif** (cf. figure 3, numéro 2), c'est-à-dire la connaissance élémentaire des sujets sanitaires. En gros, il faut pouvoir comprendre les informations lues ou entendues. Pour mettre ce savoir déclaratif en pratique, il faut également **un savoir procédural** (cf. figure 3, numéro 3), qui permet de transférer le savoir concernant les sujets sanitaires en actions concrètes. Par exemple, savoir que les conditions de travail présentent parfois un risque pour les troubles musculosquelettiques et qu'on peut intervenir efficacement en termes préventifs ne suffit pas. Il faut ensuite savoir quel type d'intervention doit être appliqué et qui peut mener ce genre d'intervention. Les auteurs distinguent ensuite encore **l'intégration d'un type de comportement** (cf. figure 3, numéro 4) et **l'apprentissage d'un nouveau type de comportement** (cf. figure 3, numéro 5). Ils affirment en effet que l'apprentissage d'un nouveau type de compétence n'est jamais assimilé tel quel, de façon neutre. La nouvelle compétence sanitaire s'intègre dans une structure cognitive déjà existante. La nouvelle compétence influence la structure cognitive en lui donnant une nouvelle forme, mais la structure cognitive préexistante influence également la manière dont la nouvelle compétence est intégrée. Comme nous l'avons relaté au chapitre 3.1, le stress au travail est souvent appréhendé comme un mal ordinaire, appartenant à la société actuelle, contre lequel on ne peut pas lutter en tant qu'individu. Cette structure cognitive, qui est partagée par un bon nombre d'employés, influencera la manière dont les compétences enseignées seront intégrées. En prenant en considération cette appréhension globale du stress au travail, on comprend alors mieux pourquoi les gens considèrent les cours donnés pour lutter contre le stress au niveau individuel comme intéressants mais loin des réalités vécues. Evaluer une compétence en matière de santé ne se limite pas à tester si une personne a compris ou non une information sanitaire et si elle est en mesure de l'appliquer. Il s'agit bien plus d'analyser comment cette nouvelle information s'intègre dans le « monde conceptuel » de la personne, qui comprend, mis à part les différents savoirs, des valeurs et des objectifs, qui peuvent parfois aller à l'encontre des objectifs des services de prévention. L'apprentissage d'un nouveau type de comportement dépend donc largement de l'intégration de la nouvelle information.

Figure 3 : Compétence en matière de santé selon Schulz et Nakamoto (2006)



Schulz et Nakamoto (2005) **insistent sur deux points**. En premier lieu, ils considèrent que la compétence en matière de santé ne se mesure pas au travers du comportement. Certaines personnes sont tout à fait compétentes sans pour autant montrer un comportement sain. Il faut alors chercher l'explication de cette contradiction apparente à un autre niveau. De même, un comportement sain peut être exécuté par hasard, sans qu'il y ait une décision éclairée, reposant sur une argumentation solide. Donc, la compétence en matière de santé représente plutôt une décision éclairée découlant d'une structure argumentative étoffée et cohérente. Même des individus ne partageant pas les objectifs des services de prévention (ex : profiter pleinement de la vie, plutôt que de se contraindre au niveau alimentaire) peuvent faire preuve de compétence en matière de santé. En second lieu, Schulz et Nakamoto (2005) placent une limite très claire entre les compétences individuelles et l'expertise (cf figure 3, numéro 6). Ils mettent ainsi en garde face au risque d'un développement trop extrême de l'empowerment, à savoir celui de motiver chaque individu à devenir un expert de sa situation et à se sentir plus compétent que l'expert lui-même.

4.2.4 Théorie du comportement « *The Unified Theory* » de Fishbein et al.

La définition de Schulz et Nakamoto met en évidence ce que d'autres résultats des travaux cités précédemment ont déjà fait apparaître : la compétence en matière de santé n'est pas identique au comportement. Mais un certain comportement agit sur la compétence en matière de santé. Cependant, il faut souligner que la capacité de prendre des décisions bonnes pour la santé dans la vie quotidienne ne veut pas dire que ces décisions sont effectivement prises. Cette dynamique apparaît non seulement dans des questions relatives à la santé mais aussi dans tous les aspects de notre vie. Notre comportement est lié à plusieurs éléments et ne peut pas être expliqué par un seul de ceux-ci. Il est important de prendre cela en considération si l'on veut agir sur le comportement d'une personne. Dans le domaine de la communication sanitaire, on parle souvent d'un „comportement à risque“ qu'il importe de changer ou sur lequel on aimerait agir à travers des interventions et des campagnes ou encore pour encourager un „comportement sain“. Cela dit, il importe de connaître les points essentiels qui déterminent le comportement en question pour pouvoir le changer. Dans les chapitres précédents, nous avons défini la compétence en matière de santé. Il s'agit maintenant d'aborder d'autres éléments qui influent sur le comportement.

Au lieu de traiter les innombrables théories de comportement utilisées dans la communication sanitaire, nous aimerions nous concentrer sur le chapitre récapitulatif de Fishbein et ses collègues (2001). Ils ont dégagé certains traits communs aux théories du comportement les plus importantes et les ont rassemblés dans une théorie unifiée (Unified Theory). Voici, selon les cinq théories analysées,⁴ les éléments qui influencent le comportement d'une personne ou son changement de comportement (cf. figure 4):

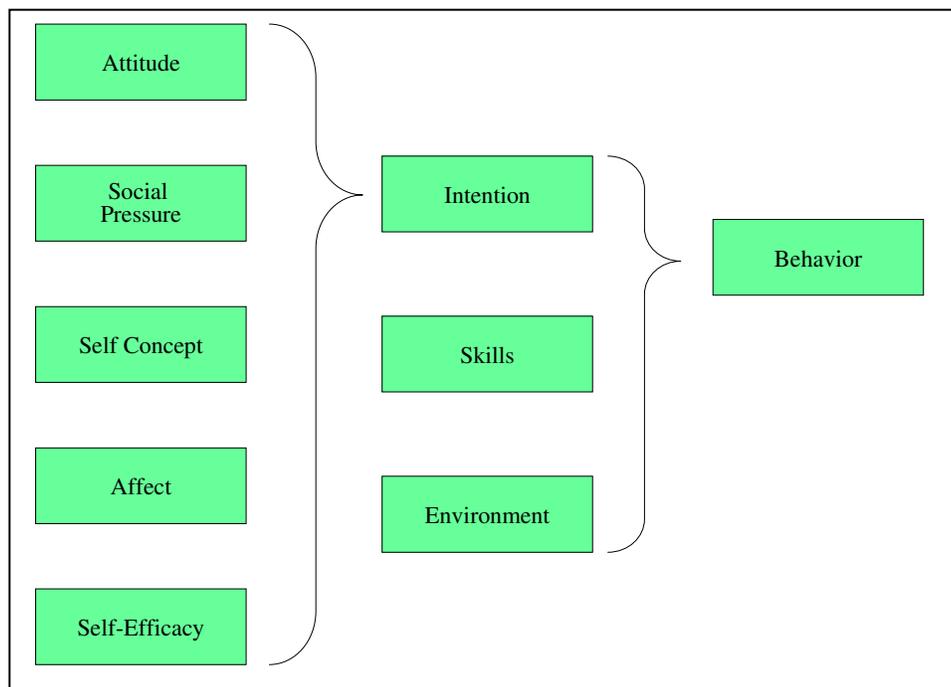
- **Intention:** La personne a une bonne intention (ou une obligation) de se comporter d'une certaine façon.
- **Environment:** L'environnement permet de réaliser ce comportement.
- **Skills:** La personne possède les connaissances nécessaires pour réaliser ce comportement.
- **Attitude:** La personne perçoit les avantages plutôt que les désavantages de ce comportement. Elle a une attitude positive envers son comportement.

⁴ Fishbein s'appuie sur les résultats d'une conférence théorique qui cherchait à trouver les éléments communs des théories de comportement les plus influentes pour le domaine de la prévention contre le SIDA. Les théories analysées étaient: Health Belief Model, Social Cognitive Theory, Theory of Reasoned Action, Theory of Self-Regulation, et la Theory of subjective culture and interpersonal relations.

- **Social (normative) Pressure:** Les personnes de références, au lieu de le désavouer, approuvent ce comportement.
- **Self-Concept:** Le comportement n'est pas en contradiction avec la personnalité. Il n'engendre pas de contraintes.
- **Affect:** La réaction émotionnelle au comportement est plutôt positive.
- **Self-Efficacy:** La personne a l'impression de pouvoir gérer le comportement sous différentes conditions. L'efficacité est perçue comme positive.

Fishbein affirme que, selon les théories analysées, en général, les premiers trois éléments (intention, skills, environnement) influencent directement le comportement tandis que les cinq autres influent sur l'intensité de la volonté à adopter un certain comportement.

Figure 4 : Modèle « Unified Theory »

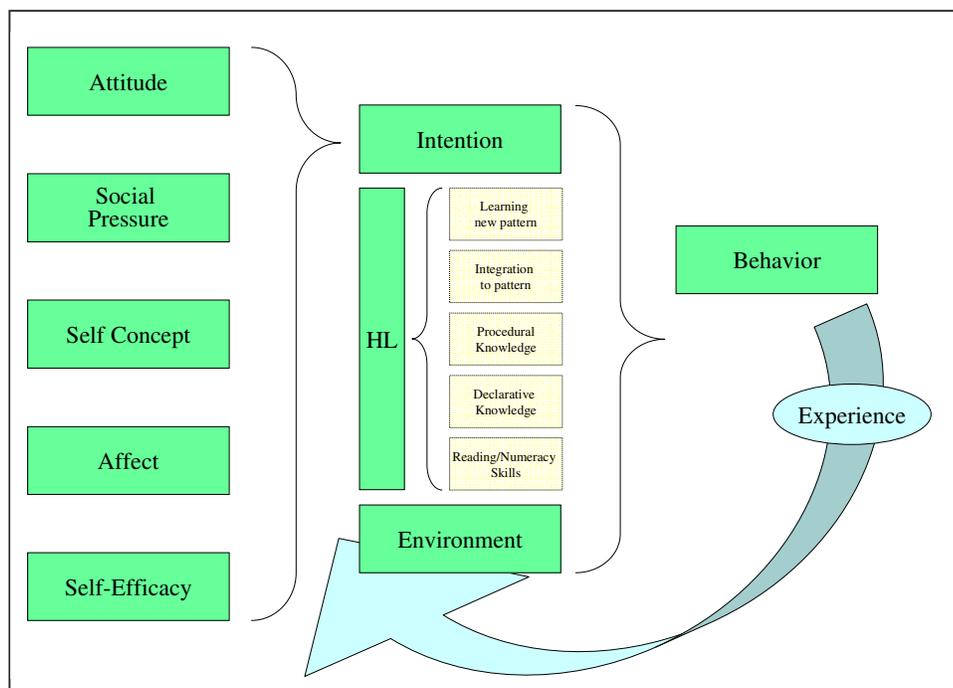


Mais chaque théorie a sa propre manière d'expliquer la façon dont les éléments du modèle sont liés avec le comportement. Le but de ce travail n'est pas d'examiner les différentes théories, leurs versions et critiques. L'énoncé principal de la Unified Theory consiste à affirmer que le comportement est le produit de plusieurs

éléments. Les compétences telles que la compétence en matière de santé n'en représentent qu'un seul. Et c'est donc de cette manière que l'on peut expliquer que le savoir et le comportement ne sont pas toujours identiques.

Si nous appliquons le concept de Schulz et Nakamoto (Skill Attainment Model) de la compétence en matière de santé au domaine du comportement, nous pouvons expliquer de façon schématique qu'une personne peut être compétente en matière de santé, sans pour autant se nourrir sainement ou encore faire du sport. La compétence en matière de santé contient, selon Schulz et Nakamoto, plusieurs compétences, qui, en même temps que l'environnement et l'intention, influencent directement le comportement (cf. figure 5). D'autres éléments sont tout aussi importants pour la réalisation effective ou non de ce comportement (voir plus haut). Il ne faut pas négliger l'expérience qu'une personne fait et qui agit sans arrêt sur les différents éléments. On peut considérer le bien-être, d'avoir passé un été plein d'activités physiques et d'une alimentation équilibrée, comme compétence en matière de santé. Il va renforcer l'intention de se comporter de la même manière dans le futur. On pourrait esquisser un schéma théorique de la façon suivante:

Figure 5 : Version modifiée du modèle « Unified Theory »



4.3 Compétence en matière de santé psychique

Tous les articles abordant le sujet de la compétence en matière de santé psychique se réfèrent à la définition de Jorm et ses collègues (1997) : « Knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management and prevention. ». Bien que le concept de *compétence en matière de santé psychique* mentionne clairement la santé psychique, la définition de Jorm et ses collègues (1997) ainsi que les recherches menées à ce sujet focalisent plutôt **la compétence en matière de maladie psychique**. Les chercheurs se concentrent spécialement sur la dépression et la schizophrénie et cherchent plutôt à savoir si la population est capable de reconnaître les symptômes. Jorm et ses collègues (2006) font le point de la situation en donnant un bon aperçu des évidences récoltées jusqu'ici.

D'un point de vue de prévention et de promotion de la santé, **la compétence en matière de santé psychique** peut aussi se référer aux connaissances qu'ont les gens des facteurs de protection de la santé psychique. Il ne s'agit donc pas de demander aux gens, s'ils sont capables d'identifier une maladie psychique, mais plutôt de voir s'ils connaissent les facteurs qui favorisent et promeuvent une bonne santé psychique. Par rapport à cet aspect de la compétence en matière de santé psychique, une seule étude a pu être identifiée (Hansson et al., 2005). Les chercheurs rapportent les stratégies que les personnes utilisent pour consciemment améliorer ou maintenir leur bien-être psychique. 10 stratégies différentes ont été mentionnées par les sujets : l'activité physique, un style de vie sain (manger sainement, dormir suffisamment, éviter de fumer ou de boire de l'alcool, prendre des vitamines, avoir recours aux services de santé), se relaxer, entreprendre des activités agréables, planifier et mettre des limites, soutien social, contacts professionnels, pensée positive, investissement dans le travail. L'activité physique était la stratégie la plus citée. Viennent ensuite le soutien social, les activités agréables et la relaxation. Le soutien social est la stratégie la plus fortement liée au bien-être psychique. L'activité physique, la relaxation et un style de vie sain sont aussi mais moins fortement liés au bien-être psychique. Le maintien d'une bonne santé psychique – par rapport à la prévention de maladie psychique – requière aussi une certaine compétence en matière de santé, laquelle a souvent été délaissée par la recherche.

Les interventions découlant des recherches sur la compétence en matière de santé psychique sont plutôt axées sur la prévention des maladies psychiques. Par exemple, **l'Australie** a mis sur pied un programme national de prévention, nommé „**beyondblue**“, dont la priorité consiste en la prévention de la dépression, de l'anxiété, des troubles bipolaires et de la dépression post-partum. Ils poursuivent 6 objectifs :

1. Sensibiliser la population et lutter contre la stigmatisation

Une campagne d'informations a été développée (affiche, forum sur internet, journée d'information, séminaire, journées sportives, exposition, théâtre). Un projet de recherche, chargé d'évaluer l'évolution de la sensibilisation, des connaissances et de la stigmatisation a été lancé. Le programme de prévention a aussi fourni un soutien financier à un film abordant les risques psychiques de la société actuelle et assure une présence active aux différents festivals.

2. Promouvoir une réponse communautaire au problème

Les personnes ayant été affectées de près ou de loin par une des maladies sont engagées comme acteurs dans le programme de prévention. Elles sont impliquées dans les focus groupes, dans l'élaboration de brochure d'informations, dans la distribution des feuilles informatives. Elles partagent leur expérience sur internet et dans les médias. L'objectif consiste à impliquer la population dans l'élaboration du programme « beyondblue ».

3. Prévention et intervention précoce

Il s'agit d'assurer une intervention aux différents cycles de la vie pour améliorer les compétences de la population (école, au début de la maternité, travail, les jeunes adultes, parents, parents d'enfants handicapés). Des conférences thématiques sont organisées et des athlètes sont aussi intervenus pour promouvoir un style de vie sain auprès des jeunes.

4. Assister les médecins généralistes dans l'amélioration des compétences de la communauté en général

Une brochure, détaillant les interventions scientifiquement prouvées, a été distribuée chez les généralistes. Des cours ont été mis sur pied, afin de mieux former les soigneurs aborigènes et de la population dans son ensemble. Un nouveau système de classification a été développé pour faciliter la reconnaissance des symptômes. Des tableaux d'information ont été distribués aux généralistes, afin qu'ils puissent en discuter avec les patients. Une thérapie online a été développée.

5. Promotion de la recherche liée à la dépression

Un centre d'excellence dans le domaine de la dépression et des pathologies associées a été créé afin de promouvoir la recherche et de maximiser le transfert des nouvelles connaissances à la pratique. Le programme soutient aussi d'autres recherches en lien avec la dépression (ex : dépression et maladie-cardiovasculaire, dépression post-partum, suicide,...)

6. Maintien et renforcement d'un réseau d'institutions et d'organisations actives dans le domaine en question

Le programme est très riche et les résultats prometteurs (Jorm et al., 2005a ; Jorm et al., 2005b). Des informations plus détaillées peuvent être obtenues sur le site officiel : <http://www.beyondblue.org/>.

D'autres approches, se focalisant également sur les maladies psychiques, ont été décrites par Francis et ses collègues (2002). Ils ont publié une revue de la littérature, destinée à identifier les stratégies de communication les plus efficaces, dans le but d'améliorer la compétence en matière de santé psychique de la population australienne.

4.4 Compétences en matière de santé dans le domaine du stress

Selon Thomas Abel (Abel & Bruhin 2003) **la compétence en matière de santé** se réfère à : « (...) la compétence à mener une vie saine qui se base sur le savoir. (...) Ce savoir est surtout transmis par la culture et l'éducation. Hormis le savoir pratique, ce modèle de la compétence en matière de santé contient également un savoir spécifique qui concerne les risques de santé individuels et collectifs ou encore les mesures d'amélioration des conditions de santé ». Transposé au stress, il s'agit alors de se demander quels savoirs doivent être acquis pour favoriser un comportement sain dans les situations stressantes.

On peut distinguer **trois types de savoirs différents**. Le premier se réfère plutôt à **un savoir concret**, à celui qui est enseigné lors de cours sur la gestion du stress : définition du stress (équilibre entre ressources et contraintes) ; manifestations physiologiques, cognitives et émotionnelles du stress ; technique de *coping* ; rôle du soutien social. Mis à part cette connaissance générale, une compétence optimale en matière de santé

comprend aussi des savoirs liés aux différentes maladies causées à long terme par le stress et aux facteurs de risque. Il s'agit, par exemple, de savoir quelles sont les situations à risque pour le développement des maladies cardio-vasculaires. Ce type de connaissances favorise la prise de conscience et une évaluation subjective correcte de son propre risque de développer une maladie cardio-vasculaire. Un autre exemple concerne le vieillissement. L'intervention se rapportant au *coping* proactif met en évidence, comment, en connaissant le processus du vieillissement, les *stresseurs* peuvent être anticipés, les premiers signes détectés et les ressources encore disponibles renforcées. Les compétences de ce type diffèrent d'une situation à l'autre. En effet, chaque maladie due au stress, chaque *stresseur* est associé à des facteurs de risque spécifiques. Ceux-ci sont détaillés tout au long de ce travail et du premier rapport (Steinmann, 2005).

Le deuxième niveau de savoir concerne plutôt **le processus de résolution de problème**, l'attitude réflexive à avoir face à un futur *stresseur* ou face à un *stresseur* actuel : Capacité à définir l'objectif que l'on souhaite atteindre ; à analyser ensuite la situation actuelle ; à préciser les ressources nécessaires (celles qui sont déjà disponibles et celles qui manquent) ; à mettre en place une stratégie pour atteindre l'objectif souhaité et à identifier les obstacles possibles. Cela correspond à une démarche de « réflexion par étapes », que partagent plusieurs interventions destinées aux personnes du troisième ou quatrième âge et c'est aussi la stratégie appliquée par les professionnels de la santé au travail lorsqu'ils interviennent dans une entreprise.

Le dernier niveau de savoir consiste à **connaître ses limites et à savoir rechercher une aide externe** lorsque les ressources ne suffisent pas pour affronter la situation de stress, par exemple lorsque l'employé n'a plus suffisamment de ressources pour affronter sa charge de travail. Ce dernier aspect suppose une connaissance procédurale et communicative, ce qui correspond à la dimension interactive du modèle de Kickbusch et Maag (2005). La communication est en effet souvent thématifiée dans les cours sur la gestion du stress (Kaluza, 2006). Au niveau du travail, l'aide externe peut varier en fonction du problème, mais le supérieur direct sera certainement un interlocuteur central. Viennent ensuite les professionnels de la médecine du travail. En ce qui concerne les personnes du troisième ou du quatrième âge, il s'agit de connaître les services qui peuvent résoudre les problèmes spécifiques à leur situation. Le programme d'intervention entrepris à Hambourg, « *Aktives Gesundheitsförderung im Alter* » (Meier-Baumgartner et al, 2006), attribue une grande importance à la mise en place d'un réseau de professionnels spécialisés dans les questions du vieillissement. Et un des objectifs de leur programme consiste notamment à faire connaître ce réseau aux personnes âgées, afin qu'elles puissent faire appel aux spécialistes appropriés en cas de besoin.

En ce qui concerne le premier type de savoir, on peut affirmer que **les personnes ont une certaine compréhension générale du stress**. Ils font en effet un lien entre stress et maladie (cf. chapitre 3). Par contre, une recherche soulève un petit doute : Lorsque l'on demande aux personnes de citer les conséquences du stress sous forme de question totalement ouverte, elles ne mentionnent que très rarement les maladies cardio-vasculaires ou l'hypertension. Lorsque la question est fermée, autrement dit, lorsque l'on propose une liste de conséquences à cocher, le stress est alors souvent sélectionné comme cause des maladies cardio-vasculaires. Ces deux types de questions permettent de distinguer les connaissances actives et les connaissances passives. Suite à ces résultats, on peut émettre l'hypothèse que les personnes reconnaissent le lien entre le stress et les maladies cardio-vasculaires, mais ne le rappelle pas de façon active. Or, on sait que les connaissances actives influencent plus directement le comportement (Albarracín et al., 2005). A ma connaissance, il n'y a pas de recherche concernant la capacité des gens à définir correctement les risques liés à leur métier. La quatrième enquête européenne sur les conditions de travail met seulement en évidence que 92% des employés suisses se sentent bien informés au sujet des risques liés à leur travail. Mais est-ce que les gens, même s'ils se sentent bien informés, sont capables d'identifier correctement un début de troubles musculosquelettiques, par exemple ? Simoneau et ses collègues (1996) affirment que les premiers signes de troubles musculosquelettiques sont souvent faussement imputés à l'âge. De même, il n'y a pas de recherche au sujet des connaissances qu'ont les gens à propos des *stresseurs* liés à la vieillesse. Les gens sont-ils capables d'identifier les *stresseurs* avant qu'ils n'y soient confrontés ? Finalement, les personnes ont une connaissance générale mais vague du stress et de ses conséquences.

L'empowerment et la responsabilisation sont deux concepts centraux du modèle de Kickbusch et Maag (2005) et du modèle de Abel (Abel & Bruhin, 2003 ; Sommerhalder & Abel, 2007). L'empowerment au travail renferme une problématique particulière, que l'on ne retrouve pas dans le domaine de l'obésité ou des personnes retraitées. Une personne qui prend ses responsabilités par rapport à son poids, et donc à son alimentation et à son activité physique, n'est pas directement exposée aux intérêts d'une autre personne. Ceci vaut aussi pour les personnes retraitées qui prennent leur santé en main. Dans le monde du travail, l'empowerment et le renforcement de la responsabilité de l'employé par rapport aux questions de stress peut représenter un coût et une menace pour l'employeur. Par exemple, un employé, réclamant un réaménagement de son poste de travail, parce qu'il a appris que les aspects ergonomiques jouent un rôle important dans la prévention des troubles musculosquelettiques, risque d'aller à l'encontre des intérêts financiers et du style de gestion de l'employeur. Même si les interventions préventives représentent un bénéfice à long terme, elles signifient aussi un coût à court terme que l'employeur doit assumer. Il ne s'agit pas de conclure que l'empowerment de l'employé est inutile et qu'il doit être évité. Cette remarque vise

plutôt à rendre attentif au fait que l'empowerment peut desservir les intérêts de l'employeur et que les initiatives de ce type risquent de ne pas plaire à tout le monde. Pour être réussi, l'empowerment doit être mené à tous les niveaux. D'une part, l'employé et l'employeur doivent prendre leurs responsabilités en ce qui concerne la santé au travail. Et d'autre part, l'employeur doit aussi accepter l'employé comme un interlocuteur sérieux.

Le stress au travail permet aussi de souligner l'intérêt de **l'approche de Schulz et Nakamoto (2005)** et d'analyser la transmission de compétences sous un autre angle. On a en effet noté au chapitre 3 que les gens considèrent le stress comme un mal social, dont les causes ne sont pas sous leur propre contrôle et considèrent les cours sur la gestion du stress comme inintéressants, voire inutiles. Au niveau de la gestion du stress au travail, les programmes d'intervention ciblant uniquement l'amélioration du savoir et des compétences liées au stress et à sa gestion risquent donc d'être confrontés au désintérêt des personnes pour ce genre de formation. Dans ce genre de situation, l'approche compréhensive de Schulz et Nakamoto (2005) prend tout son sens et permet de mieux **comprendre pourquoi l'acquisition de compétences ne garantit en rien sa mise en pratique**. Selon les auteurs, une compétence n'atterrit pas sur un terrain neutre. Elle est intégrée dans un monde conceptuel. La nouvelle compétence modifie certainement la façon de voir les choses, mais la manière dont la nouvelle compétence est intégrée et mise en pratique dépend largement du monde conceptuel qu'elle intègre. Or, la conception du stress au travail que les personnes partagent est foncièrement défavorable à une volonté d'apprentissage, et surtout, à la mise en pratique de compétences individuelles destinées à lutter contre le stress. Travailler sur les compétences en matière de stress au travail requiert, d'abord, la mise en place de conditions externes qui justifient et font prendre conscience que l'employé, en renforçant ses compétences, contribue à lutter contre le problème. Or, seul un travail au niveau des supérieurs hiérarchiques permet de mettre en place un terrain de travail favorable.

Les réflexions au niveau de l'empowerment et par rapport au modèle de Schulz et Nakamoto (2006) mènent à la même conclusion : L'amélioration doit venir des supérieurs hiérarchiques. D'ailleurs, lorsque Ilmarinen (2007) parle de renforcer les compétences liées au vieillissement, il vise en premier lieu les employeurs, car sans leur appui et leur participation, les interventions ciblant le stress en entreprise sont inopérantes. Une fois que les employeurs ont pris conscience du rôle qu'ils ont à jouer, il s'agit ensuite de responsabiliser les employés. Le stress est, en effet, une réaction très « personnalisée », dans la mesure où, face à une même situation, deux personnes peuvent réagir de façons totalement différentes en fonction de leurs ressources. Du coup, la personne la mieux placée pour juger si une situation de travail est trop stressante est l'employé lui-même. De même, le site officiel de MSST-Inside souligne également que les

employés connaissent souvent mieux les postes de travail que leurs supérieurs et jouent donc un rôle central dans l'amélioration de la situation. Il s'agit donc de travailler sur les conditions réelles pour modifier, à long terme, « le monde conceptuel » des personnes, afin qu'une compétence puisse intégrer un système de croyances propice à la mise en pratique de la compétence.

5. Influence des médias

Les campagnes médiatiques (affiches, spots télévisés) sont monnaie courante dans le domaine de la prévention, le but ultime étant de modifier le comportement des personnes, afin qu'elles adoptent un style de vie sain. Or, avant d'avoir un effet sur le comportement, elles doivent déjà modifier la structure cognitive des gens, ou, en d'autres termes, leur manière de voir et de comprendre le monde. Ce chapitre a alors pour premier objectif de décrire les différents niveaux d'influence discutés dans la littérature scientifique portant sur la communication et la persuasion. Dans un second temps, une étude, analysant la couverture médiatique liée au stress, sera présentée. Aucune étude se rapportant à l'évaluation d'une campagne de prévention sur le stress n'a pu être identifiée. C'est pourquoi ce travail présentera ensuite quelques résultats de deux autres campagnes de prévention ayant eu cours récemment en Suisse : celle sur le tabagisme et celle sur l'obésité. Finalement, le succès d'une campagne de prévention ainsi que la compétence en matière de santé ne dépendent pas uniquement de l'information donnée, mais aussi du comportement des personnes face à cette masse d'informations. C'est pourquoi il est aussi important de clarifier les facteurs pouvant expliquer une recherche active d'informations dans le domaine de la santé.

5.1 Les différents niveaux d'influence

« Although the ultimate goal of health-related persuasive communications should be to reinforce or to change a given behavior, communications, at best, create, change or reinforce specific beliefs. When the beliefs are appropriately selected, these changes should, in turn, influence attitude, perceived norms, or self-efficacy – the proximal determinants of one's intention to engage in (and often the actual performance) that behavior» (Fishbein & Cappella, 2006).

Une campagne de prévention influence le comportement en **modifiant d'abord la structure cognitive sous-tendant une intention** (Wegener & Carlston, 2005). En ce qui concerne le stress, le chapitre trois met en évidence certains aspects de la structure cognitive liée au stress. Par exemple, les employés ont tendance à attribuer la responsabilité du stress à leurs supérieurs. Ce locus of control externe est

défavorable au développement d'une compétence en matière de santé. Du coup, si l'objectif consiste à activer les compétences des employés dans la lutte contre le stress en entreprise, il sera indispensable d'adresser le problème d'une attribution externe de la responsabilité.

Griffin, Dunwoody et Neuwirth (1999) résument les différentes manières d'agir sur la structure cognitive d'une personne en trois interventions :

1. Créer une nouvelle croyance saillante (positive ou négative)
2. Augmenter la préférence ou l'opposition à une croyance
3. Augmenter ou diminuer la force d'influence d'une croyance sur le comportement

La « Theory of Reasoned Action » et la « Theory of Planned Behavior » discutent **différents aspects qui peuvent être la cible de modifications.**

- L'attitude :

Plus une personne est convaincue qu'un certain comportement produit des conséquences positives et écarte les conséquences négatives, plus une attitude sera favorable au comportement en question (Fishbein & Capella, 2006)

Les croyances peuvent être modifiées selon la logique citée ci-dessus. Ajouter une nouvelle croyance en relation avec le stress consisterait par exemple à enseigner les effets méconnus du stress. Renforcer une croyance négative consisterait à exposer l'accumulation des faits scientifiques qui permettent de considérer le stress comme la cause des maladies cardio-vasculaires.

- L'aspect normatif :

Il s'agit de modifier la norme perçue. Plus on pense que les autres mettent en pratique ou valorisent un certain comportement, et plus la personne a tendance à suivre l'opinion des autres, plus elle ressent de pression sociale, plus elle sera encline à mettre en pratique le comportement en question.

Ici, ajouter une croyance normative au niveau du stress pourrait consister à rappeler aux employés que, selon l'Etat, ils ont leur rôle à jouer dans la prévention de la santé, que les supérieurs attendent une participation active.

- Le poids respectif des deux aspects :

Il s'agit de mettre en avant soit l'aspect normatif ou les croyances liées à l'attitude.

- L'efficacité personnelle

Il s'agit de modifier la perception des obstacles et des ressources. Plus on a l'impression d'être capable de mettre en pratique le comportement donné, plus le comportement a de chances d'être effectivement mis en pratique. Une manière de renforcer l'efficacité personnelle consiste à former les gens.

- L'anticipation des émotions

L'intervention consiste à réfléchir aux conséquences émotionnelles d'un certain type de comportement (ex : regret de ne pas avoir fait à temps telle ou telle chose)

- Identité personnelle

Jouer sur l'identité personnelle consiste, par exemple, à mettre en avant un aspect important de l'identité et d'y associer les comportements appropriés, par exemple, en disant qu'un adulte responsable prend en main sa santé.

- Norme morale :

Il s'agit d'influencer ce que la personne considère comme moralement correct.

Ce genre d'intervention suppose donc de bien connaître l'ensemble des cognitions qui motivent ou entravent la mise en pratique d'un certain comportement. Fishbein et Capella (2006) conseillent, entre autres, de chercher les cognitions qui distinguent ceux qui mettent en pratique un certain comportement de ceux qui ne le font pas. N'oublions cependant pas que les sous-groupes d'une population (ex : hommes-femmes, employeurs-employés, young old ou old old) peuvent se référer à des systèmes de croyances

différents. Fishbein et Cappella (2006) décrivent comment développer une campagne de communication à l'aide des connaissances scientifiques que l'on possède actuellement dans les sciences du comportement et celles de la communication.

Ces interventions visent d'abord les cognitions sous-tendant l'intention. Mais, une modification de l'intention n'entraîne pas à coup sûr le comportement désiré. Le lien entre intention et comportement dépend par exemple de la stabilité de l'intention. Plus une intention est stable, plus les chances qu'elle se transforme en comportement réel augmentent. Le fait de planifier concrètement un comportement (ex : où il peut être exécuté, comment exactement, à quel moment) augmente la probabilité qu'une intention se transforme en comportement concret.

Savoir qu'il faut modifier certaines croyances pour pouvoir influencer le comportement n'explique en rien **comment les messages doivent être formulés** pour modifier efficacement une certaine croyance (cf. Fishbein & Cappella, 2006). Une discussion détaillée des caractéristiques que devrait détenir une campagne médiatique de prévention pour être efficace dépasse le cadre de ce travail. Pour avoir des informations à ce sujet se référer au livre de Thompson et ses collègues (2003).

Avant de clore ce sous-chapitre, rapportons **une réflexion de Jeffrey** (1997, in Perrez, 1998) sur les facteurs influençant le degré d'influence d'une campagne de prévention. Selon Jeffrey (1997, in Perrez, 1998), les personnes soupèsent les bénéfices directs et les conséquences négatives futures. Moins les conséquences négatives sont claires et graves, plus elles sont à long terme, moins une campagne de prévention parviendra à modifier le comportement des gens. Si, en revanche, les conséquences sont inéluctables, graves et à court terme et que le comportement préventif à exécuter n'est pas trop compliqué, les chances que le comportement soit effectivement mis en pratique augmentent. Il serait, par exemple, complètement inapproprié de comparer l'efficacité d'une campagne sur le VIH avec celle d'une campagne sur le stress. Au début des campagnes de prévention sur le VIH, la maladie n'offrait pas beaucoup de perspectives pour celui qui contractait le virus. L'issue était mortelle et aucun traitement efficace n'existait. En plus, le comportement préventif (i.e. utiliser un préservatif) était simple, efficace et financièrement abordable. La probabilité qu'une campagne d'intervention soit efficace est très grande dans de telles conditions. Dans la même optique, Hornik & Yanovitsky (2003) rapportent les raisons suivantes pour expliquer l'efficacité d'une campagne destinée à l'abandon d'un certain type d'aspirine « the information about the risk of aspirin was new, the change was very low cost, and the potential risks associated with the old behavior were large ». Le stress se caractérise par un contexte totalement différent. Les risques existent,

mais sont nombreux, peu clairs et à long terme, et varient d'une situation à l'autre. Les interventions individuelles ne permettent pas d'éliminer la source du stress et les interventions structurelles sont complexes et coûteuses en temps et en argent. En gros, il est plus difficile de présenter un discours préventif simple, concis et efficace, lorsque l'on parle du stress. Pour ces raisons, on peut faire l'hypothèse qu'une campagne d'intervention sur le stress ne pourra jamais être d'une efficacité remarquable.

5.2 Analyse du contenu des médias en rapport avec le stress

Une seule recherche rapporte les résultats d'une analyse du contenu des médias en rapport avec le stress (Lewig & Dollard, 2001). Il s'agit d'une analyse des articles ayant été publiés dans les journaux australiens durant toute l'année 1997 au sujet du stress. Les médias australiens parlent du stress comme d'une épidémie, dont l'ampleur ne cesse de s'aggraver. Le stress se rapporte plutôt au monde du travail et plutôt au secteur public. L'augmentation de la charge de travail, les maladroites au niveau du management ainsi que l'insécurité du travail sont le plus souvent cités comme causes du stress. Les symptômes décrits sont le mal de tête, la fatigue et les insomnies. Alors que les causes décrites sont d'ordre environnemental ou structurel, les solutions proposées focalisent l'individu. Les interventions décrites visent à adapter l'individu à son environnement. Les interventions destinées à améliorer l'environnement (ex : les conditions de travail) pour qu'il soit plus adapté aux ressources des individus brillent par leur absence des médias.

5.3 Résultats de campagnes de prévention médiatiques sur le stress

Aucune étude sur les dix dernières années n'a pu être identifiée sur les différents moteurs de recherche (PubMed, Isi Knowledge et google scholar). Nous pouvons néanmoins rapporter les résultats de deux autres campagnes nationales menées en Suisse, afin de se forger une idée concernant l'impact que peuvent avoir ce genre de campagnes de communication sur les personnes.

L'office fédéral de la santé publique a lancé depuis 1999 différentes campagnes de prévention du **tabagisme**. Trois évaluations des campagnes d'affichages (2002-2004-2007) sont disponibles et les

rapports peuvent être téléchargés sur le site internet de l'office fédéral de la santé publique. La réminiscence spontanée augmente avec le temps (Boggio & Zellweger, 2007). Lors de l'évaluation de la dernière campagne, 63% des personnes affirment spontanément avoir vu des campagnes contre le tabagisme. Mais lorsque l'on analyse les réponses de plus près, on se rend compte que seul 7% mentionnent précisément des éléments de la campagne actuelle (slogan, visuel,...). 6% mentionnaient des éléments des campagnes précédentes. Si l'on ajoute des commentaires moins spécifiques, on peut considérer que 16% de la population a vu la campagne actuelle. Les éléments les plus fréquemment mentionnés sont les avertissements que l'on peut lire sur les paquets de cigarettes (18%).

Les visuels ont aussi été directement montrés aux personnes pour voir si elles les reconnaissaient. La visibilité des visuels diffère de 4,5% pour les moins vus à 13% pour les visuels les plus populaires. 34% de la population reconnaît au moins un visuel. La réminiscence soutenue des spots TV est meilleure (de 25% à 31%). En générale, la campagne n'apporte pas vraiment d'informations nouvelles (75%), mais incite plutôt à la réflexion (52%).

La fondation Promotion Santé Suisse a lancé une campagne médiatique de prévention en 2007 au sujet de **l'alimentation, l'activité physique et le poids**. L'évaluation (Schulz et al., 2007) montre que 24% de la population suisse se souvient avoir vu une affiche en relation avec le poids corporel et seul 9% de la population a cité des éléments faisant effectivement partie de la campagne actuelle. 2% de la population est parvenue à citer de mémoire le slogan, 42% ont reconnu l'avoir déjà entendu. Parmi ceux qui ont effectivement vu la campagne actuelle (9%), 15% ont su qu'elle avait été lancée par la fondation Promotion Santé Suisse. La confédération a été plus souvent citée (28%). 37% de la population se sentent concernés par le slogan « La Suisse grossit ».

5.4 Facteurs déterminant la recherche d'informations dans le domaine de la santé

La recherche d'informations liées à la santé est une étape importante dans le parcours qui mène à une amélioration du style de vie. Cet aspect est encore plus important de nos jours, vu le flux d'informations qui nous submerge au quotidien. Même si la recherche d'informations ne garantit pas un comportement sain, elle influence néanmoins la probabilité qu'une personne s'engage pour une vie plus saine. En effet, en recherchant des informations, la personne prend connaissance de nouvelles alternatives et enrichit ainsi sa

palette d'actions possibles. Les arguments en faveur et à l'encontre d'un certain comportement s'étoffent et les ressources disponibles favorisant un comportement sain s'élargissent.

Au niveau de la « health information seeking behavior », il faut distinguer le contexte médical du contexte de prévention. La plupart des recherches examinent plutôt le contexte médical (Lambert & Loisel, 2007). Chez le patient, le diagnostic de la maladie fonctionne comme un déclencheur. En effet, cette « rupture biographique » que représente la maladie provoque un besoin d'informations. Au niveau de la prévention et de la promotion de la santé, l'enjeu consiste à attirer l'attention du public sans qu'il y ait nécessairement de déclencheur ou plutôt sans que le déclencheur ne soit aussi manifeste et inquiétant. Par ailleurs, la recherche d'informations se réfère à un processus actif, qui coûte du temps et de l'énergie. Or, face à cette quantité d'informations, les gens sont obligés de faire une sélection en fonction de leurs intérêts. Lorsque l'on tombe malade, la santé devient un aspect central de la vie. Mais, tant que l'on n'est pas malade, la santé ne constitue pas forcément l'intérêt principal des gens.

Lambert et Loiselles (2007) rapportent **les facteurs déclenchant ou influençant la recherche d'informations** :

- L'information répond à un besoin : La personne souhaite atteindre un certain objectif et note un décalage entre ce qu'elle sait et ce qu'elle devrait savoir pour atteindre cet objectif.

Mais si ce besoin en information est nécessaire, il ne s'agit pas d'une condition suffisante pour expliquer la recherche d'informations. Les personnes diffèrent, en effet, quant à leur **manière de répondre à ce besoin**. Les aspects suivants jouent un rôle :

- Variables sociodémographiques. Par exemple, les femmes et les personnes mieux éduquées recherchent plus activement l'information. En ce qui concerne l'âge, les affirmations ne vont pas toujours dans la même direction. D'une part, Johnson et Meischke (1993) affirment que les jeunes recherchent plus activement des informations. D'autre part, Griffin et ses collègues (1999) affirment que les personnes âgées sont plus conscientes des risques liés à la santé, ce qui les rendrait plus attentives aux informations de santé.
- La personnalité. Par exemple, les personnes dénotant un locus of control interne recherchent plus d'informations. D'ailleurs, l'intervention « *Aktive Gesundheitsförderung im Alter* » (Meier-Baumgartner et al, 2006) notaient que les personnes participant aux journées de formation affichent un locus of

control plutôt interne alors que les personnes déclinant l'offre de formation font preuve d'un locus of control plutôt externe. L'estime personnelle ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle jouent aussi un rôle important.

- Les émotions et les attentes. Le sentiment de culpabilité ou la peur d'être stigmatisé entrave la recherche d'informations. La stigmatisation est constamment mise en évidence dans les recherches sur la compétence en matière de santé psychique (Jorm et al., 2006).
- L'expérience avec le facteur de risque et ses conséquences. Par exemple, lorsqu'un membre de la famille décède suite à une crise cardiaque, les autres sont alors plus enclines à s'informer au sujet de cette maladie et des facteurs de risque s'y rapportant.
- Les caractéristiques du facteur de risque sanitaire en question. En général, un risque de santé effrayant et aux conséquences inéluctables motive à chercher des informations à son sujet. Ceci se rapproche des points discutés dans le chapitre 5.1 au sujet des effets d'une campagne de prévention (Jeffrey, 1997, in Perrez, 1998). Si la gravité des conséquences sanitaires peut influencer favorablement la recherche d'informations, la peur et l'anxiété liée à un risque peut avoir l'effet opposé. Si les gens ont extrêmement peur, ils risquent alors d'éviter l'information ou de la traiter de façon superficielle. La possibilité de contrôler le risque par une action personnelle représente aussi une caractéristique importante, influençant le niveau d'élaboration des informations reçues.

Les personnes varient aussi quant au **traitement de l'information**. Dans la littérature sur la persuasion on distingue deux types d'élaboration de l'information (Elaboration Likelihood Model, in O'Keefe, 2002 ; Albarracín et al., 2005) : le mode heuristique et le mode systématique. Le mode heuristique se réfère à une élaboration minimale de l'information. Les personnes n'analysent pas en détail les différents arguments et se contentent d'une compréhension superficielle du sujet. Le mode systématique caractérise un traitement minutieux et détaillé de l'information, duquel découle une compréhension structurée et solide du sujet en question. En plus des aspects cités ci-dessus, le degré d'élaboration du message se voit encore influencer par :

- La pertinence du message par rapport à la situation vécue. A la lumière du chapitre 3, on peut supposer que les employés ne considèrent pas les informations liées à la gestion individuelle du

stress comme appropriées à la situation qu'elles vivent au travail. Le traitement de l'information apprise au cours risque de rester superficiel.

- L'évaluation subjective de la capacité à obtenir et traiter l'information nécessaire. Plus l'effort à fournir est élevé, moins il y a de chance que la recherche d'informations soit entreprise. Notons que la recherche d'informations coûte du temps et de l'énergie et les gens ont donc tendance à travailler en mode économe.

Dans le cadre de la compétence en matière de santé, l'idéal correspondrait à une élaboration systématique de l'information, qui confère, à celui qui la met en pratique, une compréhension solide du sujet en question et tous les avantages qui y sont liés. Tout d'abord, elle immunise l'individu contre tous les moyens de communication qui tentent sournoisement de berner son jugement. On sait, par exemple, que les personnes traitant de façon moins élaborée les informations se laissent plus facilement influencer par des critères superficiels (ex : apparence, sympathie de l'interlocuteur) que par la qualité objective des arguments (O'Keefe, 2002 ; Albarracín et al., 2005). Ensuite, les comportements reposant sur une recherche systématique de l'information et donc une compréhension élaborée du sujet sont plus résistants au changement (Griffin et al., 1999).

6. Condensé et conclusion

Le vieillissement de la population, dû à un allongement de la longévité et à une baisse de la natalité, touche toute l'Europe et n'épargne donc pas la Suisse. Il représente un véritable enjeu social, économique, politique et sanitaire et constitue un défi pour la promotion et la prévention de la santé en entreprise et auprès des personnes du troisième voire du quatrième âge. Il s'agit, d'une part, de maintenir la force de travail en bonne santé au moins jusqu'à la retraite, et d'autre part, de maximiser la qualité de vie et l'autonomie des personnes jusqu'à un âge avancé.

Dans cette optique, Promotion Santé Suisse s'engage pour une amélioration de la santé psychique en visant particulièrement une diminution des maladies induites par le stress. Ainsi, la relation entre stress et santé psychique est traitée dans deux rapports. Le premier (Steinmann, 2005) donne un aperçu général du stress et du bien-être psychique. Ce travail s'inscrit dans son prolongement et a pour objectif d'approfondir la thématique en ciblant deux domaines d'intervention : le monde du travail ainsi que les personnes âgées retraitées. Ce deuxième rapport vise aussi à analyser la thématique sous l'angle de la *health literacy* et à donner une idée générale de l'effet des campagnes médiatiques de prévention.

Par rapport au premier objectif (approfondissement de la thématique dans les deux settings définis ci-dessus), la particularité de ce rapport consiste en son analyse du stress sous l'angle du vieillissement.

Quelles modifications note-t-on par rapport au stress et à son processus au cours du vieillissement ? Les *stresseurs* évoluent dans la mesure où les ressources à disposition changent. Certaines ressources diminuent (ex : la capacité fonctionnelle) alors que d'autres augmentent (ex : l'expérience). Du coup, certaines situations peuvent devenir source de stress alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant. Mais le vieillissement n'annonce pas nécessairement et uniquement une diminution des capacités à gérer le stress. En effet, l'expérience acquise avec l'âge peut tout aussi représenter un atout, dans la mesure où les problèmes sont abordés avec plus de recul et de sérénité. Dans le cadre du travail, les recherches ont pu mettre en évidence les *stresseurs* touchant l'ensemble des employés (ex : pression temporelle, consignes contradictoires, conditions environnementales difficiles, conflits,...) et définir ceux qui sont spécifiques aux employés âgés (ex : utilisation intensive de la vue et de l'ouïe, porter des poids lourds dans un

environnement chaud, exécution rapide de tâches difficiles,...). Une bonne connaissance de ces *stresseurs* permet d'adapter le poste de travail et d'intervenir en éliminant ou en améliorant la source du stress. En vieillissant, les personnes sont aussi confrontées à de nouveaux types de *stresseurs* (ex : maladie chronique, déclin des fonctions corporelles, décès de l'entourage). Ces *stresseurs* recèlent de nouvelles caractéristiques. Ils sont plus souvent chroniques, irréversibles et moins contrôlables et requièrent ainsi une nouvelle forme d'adaptation. Or justement on note également une évolution au niveau du ***coping***. En vieillissant, les individus passent, petit à petit, d'un *coping* actif à un *coping* plus passif, ou d'un *coping* assimilatif à un *coping* accommodatif. Les recherches font souvent l'éloge du *coping* actif, car il est associé à une meilleure santé psychique. Mais ce passage au *coping* passif, caractéristique des personnes âgées, ne doit pas être jugé comme malsain. En effet, face à des *stresseurs* chroniques et inaltérables ainsi qu'à un appauvrissement des ressources, un *coping* plus passif permet de préserver la santé psychique. D'ailleurs, le *coping* actif ou assimilatif prévaut aussi longtemps que la situation paraît modifiable. Le mode accommodatif ou passif intervient lorsque les efforts personnels ne suffisent plus pour modifier la situation stressante.

Le soutien social est aussi considéré comme une ressource dans la gestion du stress, même s'il ne faut pas oublier que les relations sociales peuvent elles aussi être source de stress. Or, les conditions de vie actuelles laissent présager une détérioration du soutien social. D'un côté, l'entreprise est amenée à jouer un rôle de plus en plus central au niveau de la cohésion sociale, étant donné que d'anciens vecteurs de cohésion sociale, comme le village ou le voisinage, disparaissent peu à peu. Mais d'un autre côté, la conjoncture actuelle ainsi que la spécialisation et la fragmentation poussée du travail réduisent les possibilités de soutien et favorisent l'apparition de tensions au sein de l'équipe de travail. Au niveau des personnes du troisième, voire du quatrième âge, le soutien social, qui normalement est donné par la famille, risque de s'effriter à long terme, en raison des nouvelles conditions de vie (augmentation du nombre de femmes sans enfant, divorces, familles recomposées). Du coup, l'isolement social, facteur de risque pour le développement de maladies psychiques, risque de se répandre de plus en plus.

Les conséquences du stress se révèlent à long terme. En effet, c'est dans la deuxième moitié de la vie que l'on paie le prix fort d'une **accumulation de stress** et de l'indifférence face aux signes d'inconfort psychiques et physiques. L'évolution des maladies cardio-vasculaires et des troubles musculosquelettiques est en effet lente et progressive. Cette caractéristique représente un avantage tout comme un inconvénient. Le fait que l'on puisse détecter les premiers signes très tôt permet une intervention précoce, pouvant influencer favorablement l'évolution de la situation. Mais le caractère progressif de ces maladies peut aussi représenter un inconvénient, dans la mesure où les premiers signaux d'alerte sont légers. On s'y habitue

facilement, on les attribue au vieillissement ou à d'autres facteurs, et on oublie volontiers les conséquences auxquelles ces symptômes légers mènent à long terme.

Ce second rapport se devait également d'analyser le stress et la santé psychique sous l'angle de la compétence en matière de santé ou *health literacy*. Selon Thomas Abel (Abel & Bruhin 2003) la **compétence en matière de santé** se réfère à „(...) la compétence à mener une vie saine qui se base sur le savoir. (...) Ce savoir est surtout transmis par la culture et l'éducation. Hormis le savoir pratique, ce modèle de la compétence en matière de santé contient également un savoir spécifique qui concerne les risques de santé individuels et collectifs ou encore les mesures d'amélioration des conditions de santé “. Bien que la définition de Kickbusch et Maag (2005) reste proche de celle d'Abel, elle insiste cependant plus sur les implications de ce savoir : la compétence en matière de santé permet aux gens de se responsabiliser, de cibler et rechercher l'information nécessaire pour finalement gérer leur santé de façon plus autonome. Selon ces deux modèles, la compétence en matière de santé s'applique à cinq domaines différents : la vie privée, le système de santé, au niveau du marché et de la consommation, au niveau politique et dans le cadre du travail. Un troisième modèle, celui de Schulz et Nakamoto (2006), a également été présenté. Il diffère un peu des deux autres, dans la mesure où il se concentre plutôt sur l'intégration d'une nouvelle information dans un cadre conceptuel préexistant et propre à chaque individu. Le point commun et point de départ des différents modèles sont les connaissances ou savoirs qu'un individu possède par rapport à une situation présentant un risque sanitaire.

Le concept de compétence en matière de santé est donc fortement lié aux connaissances et aux savoirs, qu'une personne amène avec elle, lorsqu'elle est confrontée à une situation comprenant des risques pour sa santé. Lorsque l'on analyse **les connaissances des personnes au niveau du stress et de ses conséquences**, on se rend compte que, même si le terme est très utilisé, les personnes en donnent une définition très vague et très proche de leur réalité quotidienne. Par exemple, le cadre associera le stress aux responsabilités qu'il doit assumer et à une fatigue plutôt psychique, alors que l'employé manuel pensera plutôt à une fatigue physique. Les personnes ont souvent recours aux symptômes ressentis en situation de stress pour définir le stress. Ils sont conscients que le stress fragilise la personne et contribue au développement de maladies sérieuses telles que les maladies cardio-vasculaires. Mais leurs connaissances restent très superficielles, dans la mesure où le stress est la cause de tous les maux sans que l'on puisse vraiment expliquer pourquoi et comment il conduit à la maladie. On distingue également souvent le stress positif du stress négatif, sans pour autant être capable de définir la frontière. De ce point de vue, un renforcement des compétences en matière de stress s'avère nécessaire.

Cependant, Schulz et Nakamoto (2005) affirment **qu'une nouvelle compétence n'est jamais assimilée de façon neutre**. Elle s'intègre, en effet, dans une structure cognitive qui lui préexiste. La nouvelle compétence influence la structure cognitive en lui donnant une nouvelle forme, mais la structure cognitive influence également la manière dont la nouvelle compétence est intégrée. Or, les interventions destinées à améliorer les compétences des individus face au stress au travail s'avancent en terrain hostile. En effet, lorsque l'on analyse le discours des personnes et des médias au sujet du stress, de ses causes, de ses conséquences et des interventions, on note un pattern d'associations défavorable au renforcement des compétences individuelles, à la responsabilisation ainsi qu'à l'empowerment. Les personnes considèrent effectivement le stress comme un mal de la société actuelle contre lequel on ne peut lutter. De plus, être stressé présente un aspect valorisant, car affirmer que l'on est stressé au travail sous-entend que l'on fait de son mieux face aux conditions de travail actuelles. Ne pas être stressé, c'est se contenter du minimum. Mais, si dire que l'on est stressé reste socialement accepté voire valorisé, montrer que l'on est stressé reste condamné. Ne pas réussir à faire face à son stress est un signe d'incompétence. Et aller à un cours de gestion du stress c'est rendre cette incompétence publique. De plus, les gens ne se sentent pas du tout responsables du stress qu'ils subissent. Les causes de leur stress sont de l'ordre structurel ou organisationnel (délai ou charge de travail imposé par les supérieurs ou les clients, situation économique actuelle). Du coup, les **interventions** destinées à améliorer les compétences en gestion du stress sont souvent considérées comme intéressantes, mais loin des réalités quotidiennes, voire même inutiles. Les interventions ciblant l'amélioration des savoirs et des compétences individuelles sont donc en contradiction totale avec ce cadre conceptuel que beaucoup de gens partagent. L'enjeu restera donc de mettre en place un terrain favorable, faisant comprendre aux employés que leurs compétences jouent un rôle central pour l'amélioration de la situation, car elles jouent effectivement un rôle important : Les employés connaissent mieux les postes de travail que leur supérieurs et sont, du coup, des interlocuteurs centraux dans l'élaboration de solutions préventives. De même, le stress est une réaction très « personnalisée », dépendant largement des ressources que la personne amène face à une situation donnée. Par conséquent, la personne la mieux placée pour juger si une situation contraignante dépasse ses capacités d'adaptation est l'employé lui-même.

Il est plus difficile de faire une analyse du même type et de tirer une conclusion générale par rapport au **stress chez les personnes retraitées**, dans la mesure où, à ma connaissance, aucune étude n'analyse la conception laïque du vieillissement. Nous ne savons rien sur la manière dont les personnes anticipent consciemment les *stresseurs* liés au vieillissement. Les questions suivantes restent donc ouvertes : Que savent les gens par rapport au vieillissement ? Connaissent-ils les *stresseurs* qui les attendent et la manière dont ils

peuvent y faire face ? En d'autres termes, ont-ils une conception assez élaborée du vieillissement pour leur permettre une bonne anticipation des *stresseurs* qui y sont liés ?

Une autre lacune concerne **l'approche positive de la compétence en matière de santé psychique**. Les études liées à la *mental health literacy* se focalisent sur la maladie psychique et la reconnaissance des symptômes spécifiques. Seule une étude a analysé la connaissance des gens par rapport au facteur de protection de la santé psychique. En gros, on ne sait pas si les gens connaissent les comportements promouvant une bonne santé psychique.

En dernier lieu, ce rapport donne quelques indications concernant les campagnes d'information médiatique. Tout d'abord, l'élaboration d'une **campagne médiatique** suppose une bonne connaissance des croyances liées au comportement que l'on tente de promouvoir. Il s'agit de trouver les cognitions qui entravent la mise en pratique du comportement en question, lesquelles peuvent changer d'un groupe à l'autre, en fonction du sexe ou d'autres caractéristiques. Par rapport au travail, les quelques études sur la conception laïque du stress peuvent déjà nous donner quelques indications et pistes de réflexion, mais des études plus approfondies seraient nécessaires. En revanche, nous manquons totalement d'informations par rapport au vieillissement.

Une stratégie de prévention reposant uniquement sur une campagne d'information médiatique ne peut avoir que **des effets restreints**. Tout d'abord, pour avoir un effet sur les croyances des gens, une campagne doit être perçue. Nous n'avons trouvé aucune recherche analysant l'effet d'une campagne médiatique sur le stress. Sur la base d'autres campagnes menées en Suisse, nous savons que seule 10% de la population se rappelle précisément d'un élément de la campagne de prévention en cours. De plus, une campagne d'information, lorsqu'elle est perçue, devrait, dans l'idéal, motiver les gens à être plus attentif à la problématique, voire à rechercher des informations plus détaillées. La recherche active d'informations représente un aspect important de la compétence en matière de santé (Kickbusch et Maag, 2005) et est déclenchée par un besoin en informations. Cependant, une campagne d'information médiatique ne suffit pas à déclencher un besoin en informations. Par exemple, Schulz et ses collègues (2007) ont pu montrer que les gens ne ressentent pas forcément le besoin d'être plus informés suite à une campagne d'information. Mis à part le manque versus besoin en informations, d'autres facteurs, tels que les variables démographiques, la personnalité, l'expérience avec le risque en question ou ses caractéristiques expliquent pourquoi certaines personnes recherchent activement et de façon élaborée des informations alors que d'autres pas.

7. Annexes

7.1 Institutions de recherches dans le domaine du stress

En Suisse

Fribourg

Arbeits- und Organisationspsychologie (stress au travail)

<http://www.unifr.ch/psycho/applied/>

Psychologie clinique (travail et famille)

<http://www.unifr.ch/psycho/Klinisch/>

Institut de recherche et de conseil dans le domaine de la famille (travail et famille)

http://www.unifr.ch/iff/index_iff.htm

Berne

Arbeit und Organisationspsychologie (stress au travail)

<http://www.aop.psy.unibe.ch/>

Lausanne

Institut de psychologie - Psychologie de la santé

(Santé et Travail, Liens entre conditions de travail et développement de pathologie)

<http://www.unil.ch/ip/page16984.html>

Institut universitaire romand de santé au travail

<http://www.i-s-t.ch/>

Neuchâtel

Institut de psychologie du travail et des organisations

(Relations et interactions sociales au travail, émotions au travail)

<http://www2.unine.ch/gpa>

Zurich

Clinique Universitaire – Psychiatrie clinique et sociale – Public Mental Health

(Programme d’empowerment lié au burnout et au stress)

<http://www.puk-west.unizh.ch/index.html>

Angewandte Psychologie : Life Management – Uni Zurich (travail et famille)
<http://www.psychologie.uzh.ch/angpsy/>

Arbeits- und Organisationspsychologie (gestion du temps de travail, insécurité au travail)
<http://www.psychologie.uzh.ch/aopsy/>

Gerontopsychologie (développement des relations sociales)
<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/geronto/forschung.html>

Psychologie sociale et psychologie de la santé (stress et santé)
<http://www.psychologie.uzh.ch/sozges/forschung/forschung.html>

Groupes de recherche internationaux

Affective Sciences – Swiss National Center of Competence in Research
(Mécanismes liés aux émotions, régulation des émotions)
<http://www.affective-sciences.org/>
Applications au niveau du travail : <http://www.affective-sciences.org/work>
Application dans le domaine de la santé : <http://www.affective-sciences.org/health>

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 50+ Europe (SHARE)
<http://www.share-project.org/>

Institutions à l'étranger

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)
<http://www.cdc.gov/niosh/topics/stress/>

National Institute of Mental Health (NIMH)
<http://www.nimh.nih.gov/>

Centre for the Neurobiology of Stress (CNS)
<http://www.utsc.utoronto.ca/~cnstress/aboutus.html>

University Research Centre for Neuroendocrinology (URCN)
<http://www.bristol.ac.uk/news/2004/512>
<http://www.bris.ac.uk/Depts/URCN/index.html>

The Institute of Applied Stress Research (IAS)
<http://www.bro.at/ias/index.html>

Army Physical Fitness Research Institution (APFRI)
<https://apfri.carlisle.army.mil/web/Research.htm>
<https://apfri.carlisle.army.mil/web/Programs/EEP.htm>

7.2 Ressources publiques

La Fondation Promotion Santé Suisse liste déjà un bon nombre de ressources publiques sur son site internet. Ce document mentionne donc les ressources publiques qui sont absentes de la liste.

En Suisse

Staatssekretariat für Wirtschaft
Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO)
Segretario di Stato dell'economia
State Secretariat for Economic Affairs

www.seco-admin.ch

Le SECO a publié 4 brochures d'information en allemand sur le stress au travail

<http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00035/00036/index.html?lang=de>

L'Observatoire Suisse de la santé (Obsan)
Das Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan)
The Swiss Health Observatory (Obsan)

<http://www.obsan.ch>

Panel Suisse des ménages (PSM)
Schweizer Haushalt-Panel (SHP)
Swiss Household Panel (SHP)

<http://www.swisspanel.ch/>

SuvaPro

<http://www.suva.ch/fr/home/suvapro.htm>

<http://www.suva.ch/fr/home/suvapro/branchenfachthemen/stress.htm>

Fondation Suisse de Cardiologie
Schweizer Herzstiftung
Fondazione Svizzera di Cardiologia
Swiss Cardiology Foundation

<http://www.swissheart.ch>

<http://www.swissheart.ch/f/praevention/risikofaktoren/stress.htm>

Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES)
Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe- Organisationen der Schweiz (VASOS)
Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera

<http://www.vasos.ch>

Schweizerischer Verband für Seniorenfragen (SVS)

<http://www.seniorenfragen.ch/>

Ailleurs

Le site de l' Institut national de recherche et de sécurité (INRS), mentionné ci-dessous, répertorie dans sa rubrique « liens utiles » les adresses internet des différents organismes et institutions européennes et internationales travaillant dans le domaine de l'hygiène et sécurité au travail. Ce travail ne citera donc les institutions principales et des pays limitrophes. Pour des références à d'autres institutions européennes et internationales, veuillez vous référer à ce site, qui est très bien fait.

Organisation internationale du travail (OIT)
Internationale Arbeitsorganisation (IAO)
Organizzazione internazionale del lavoro (OIL)
International Labour Organisation (ILO)
<http://www.ilo.org>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro
European Agency for Safety and Health at Work
<http://ew2002.osha.europa.eu/>

Fondation européenne pour l'Amélioration des conditions de vie et de travail
Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro
European Foundation for the improvement of living and working conditions
<http://www.eurofound.europa.eu/>

Institut national de recherche et de sécurité : pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS / France)
<http://www.inrs.fr/>

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT / France)
<http://www.anact.fr>

Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsschutz (BGIA / Allemagne)
<http://www.hvbg.de>

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften
<http://www.bg-praevention.de/>

Ressources online

Encyclopédie de sécurité et de santé au travail du Bureau International du Travail (BIT)
<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/>

Programme pour diminuer et prévenir le stress au travail destiné aux collaboratrices /
collaborateurs et aux cadres
<http://www.stressnostress.ch>

Site lié aux méthodes MSST (directive CFST relative à l'appel à des médecins du travail et des
autres spécialistes de la sécurité au travail)
<http://www.msst-inside.ch>

PME-vital
<http://www.pme-vital.ch/>; <http://www.kmu-vital.ch/>; <http://www.pmi-vital.ch/>

50+ santé
<http://www.50plussante.ch>

Age Stiftung : für ein gutes wohnen im Alter
<http://www.age-stiftung.ch/>

Site internet interactif concernant la thématique du travail intergénérationnel
<http://www.generationen.ch>

Institut Universitaire Âges et Générations
<http://www.socialinfo.ch/inag/>

Réseau national pour le dialogue entre les générations
<http://www.intergeneration.ch/>

Portail d'informations pour les personnes âgées, leurs proches et les travailleurs dans le domaine
du vieillissement
<http://www.senioren-info.ch/>

Internet pour les plus de 55 ans
<http://www.seniorweb.ch/index.php?lang=fr>

Liste des universités du troisième âge en Suisse
<http://www.unige.ch/uta/utach.html>

Mobil sein & mobil bleiben
<http://www.mobilsein-mobilbleiben.ch/>

Stiftung Generationplus
<http://stiftung-generationplus.ch/>

Kompetenzzentrum Generationen der FHS St. Gallen
<http://www.fhsg.ch/>

7.3 Revues scientifiques

Psychological Bulletin

<http://www.apa.org/journals/bul/>

Journal of Applied Psychology

<http://www.apa.org/journals/apl/>

Work and Stress

<http://www.tandf.co.uk/journals/journal.asp?issn=0267-8373&linktype=1>

Journal of Organizational Behavior

<http://www.jstor.org/journals/08943796.html>

Journal of Organizational Psychology

Journal of Occupational Health Psychology

<http://www.apa.org/journals/ocp/description.html>

Journal of Occupational and Organizational Psychology

http://www.bps.org.uk/publications/journals/joop/joop_home.cfm?&redirectCount=0

American Journal of Health Promotion

<http://www.healthpromotionjournal.com/index.html>

Applied Psychology

Health Promotion International

<http://heapro.oxfordjournals.org/>

International Journal of Occupational and Environmental Health

<http://www.ijoh.com/>

7.4 Etudes et recherches sélectionnées

Recherches au sujet du stress et de la health literacy

Warth, A. (2006). Burnout Literacy bei psychiatrischen Fachpersonen : Subjektive Krankheitstheorien und Behandlungsempfehlungen. Lizentiat Phil I.

Je ne peux pas donner plus d'informations au sujet de ce travail, étant donné qu'il m'a été impossible d'y accéder.

Recherches au sujet de la capacité du public à reconnaître les symptômes

Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253, 248-251.

L'étude a été menée en Suisse, auprès de 844 habitants âgés de 16 à 76 ans. L'objectif était de déterminer si les personnes étaient capables de reconnaître les symptômes d'une maladie psychique (dépression ou schizophrénie), et quelle attitude elles montraient face à la psychopharmacologie. La schizophrénie (73,6%) est mieux reconnue que la dépression (39,8%). En général, les gens n'identifient pas la dépression, car ils considèrent plutôt qu'il s'agit d'une crise. Lorsque les gens dénotent une attitude positive envers la psychopharmacologie, ils reconnaissent mieux les maladies. La reconnaissance des symptômes est aussi facilitée, lorsque l'on a eu auparavant des contacts avec un malade.

Jorm, F.A. et al. (1997). Mental health literacy : a survey of the public ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, *The Medical Journal of Australia* 166 : 182-186.

L'étude a été menée en Australie auprès de 2031 sujets âgés de 18 à 74 ans. Il s'agissait de voir si les gens reconnaissaient les symptômes de la dépression et de la schizophrénie et quel traitement

ils préconisaient. Les personnes évaluaient l'utilité d'une liste de traitements. Le médecin généraliste est considéré comme plus approprié dans les situations décrites par les vignettes que le psychiatre ou le psychologue. Les traitements psychiatriques standards sont considérés comme nocifs (antidépresseur, antipsychotique, thérapie par électrochocs, admission dans un hôpital psychiatrique), alors que les traitements moins traditionnels sont évalués plus positivement (augmentation de l'activité physique et sociale, relaxation, gestion du stress, s'informer auprès des gens ayant vécu la même chose). Les vitamines ainsi que les régimes sont considérés comme plus utiles que les antidépresseurs et les antipsychotiques.

Lauber, et al. (2005). Mental health literacy in an educational elite – an online survey among the university students. *BMC Public Health*, 5, 44.

L'étude a été menée auprès de 225 étudiants de l'université de Zürich. Il s'agissait de vérifier si les sujets étaient capables citer les symptômes corrects dans une liste de symptômes. Les résultats montrent que les symptômes de la dépression sont reconnus. Cependant, la dépression n'est pas considérée comme une maladie nécessitant une aide, mais comme une crise. Les symptômes de la schizophrénie sont plus stéréotypés et moins bien reconnus. En revanche, on reconnaît plus facilement que cette maladie nécessite un traitement. Dans l'ensemble, les femmes sont mieux informées que les hommes. Le contact ainsi que l'expérience personnelle avec la maladie psychique améliore les connaissances que les gens ont au sujet de ces maladies.

Burns, J.R., & Rapee, R.M. (2005). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*. 29, 225-239.

L'étude a été menée auprès de 202 étudiants de Sydney âgés de 15 à 17 ans. Le but consiste à évaluer leur capacité à reconnaître les symptômes de la dépression chez leurs pairs. Les filles sont plus sensibles aux symptômes de la dépression que les garçons. Le conseiller, les amis, la famille sont les premières personnes avec qui ils conseilleraient d'aller discuter.

Fisher, L.J., & Goldney, R.D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18, 33-40.

Cette étude compare, entre autres, la compétence en matière de santé entre les jeunes âgés de 15 à 24 ans (n= 521) et les personnes âgées de 65 à 74 ans (n=300). Les personnes âgées sont moins à même de reconnaître les symptômes de la dépression et moins nombreux à conseiller un traitement chez un conseiller sanitaire ou chez un psychologue ainsi qu'un appel à un service téléphonique de santé. De même, les personnes âgées sont plus nombreuses à penser que la psychiatrie peut être nuisible et valorisent plutôt le prêtre comme aide.

Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy : Public knowledge and beliefs about mental health disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 177, 396-401.

Il s'agit d'un article informatif, discutant les multiples aspects de la compétence en matière de santé psychique. L'auteur y définit le concept de compétence en matière de santé psychique et souligne le fait que beaucoup de personnes font preuve d'incompétence en matière de santé psychique, dans la mesure où elles ne reconnaissent que rarement les symptômes des maladies psychiques communes, comme la dépression ou la schizophrénie. L'auteur cite aussi les causes qui sont le plus souvent mentionnées par les sujets laïques et les traitements qu'ils conseillent de suivre. Finalement, ils discutent différentes tentatives visant à améliorer la compétence en matière de santé de la population en général.

Evaluation des interventions destinées à modifier la compétence en matière de santé psychique

Goldney, R.D., Fisher, L.J., Dal Grande, E., & Taylor, A.W. (2005). Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *The Medical Journal of Australia*. 183 (3), 134-137.

L'étude évalue l'évolution de la compétence en matière de santé en Australie entre 1998 et 2004. Elle a été menée auprès de 3015 personnes de 15 ans et plus à l'aide des vignettes décrivant une personne dépressive. En 2004, un plus grand nombre de personnes sont capables d'identifier les symptômes liés à la dépression et de recourir aux traitements appropriés (aide psychologique ou médicaments). Les gens sont dans l'ensemble mieux informés par rapport à l'efficacité des différents traitements et connaissent mieux le rôle des différents professionnels.

Jorm, A.F., Griffiths, K.M., Christensen, H., Korten, A.E., Parslow, R.A., & Rodgers, B. (2003). Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community : a randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms. *Psychological Medicine*. 33, 1071-1079.

L'étude a été menée auprès de 1094 personnes habitant en Australie. Celles-ci devaient juger l'utilité d'une brochure informative, expliquant les différents traitements soignant la dépression. Les gens ont évalué la brochure comme utile et ont aussi changé leur attitude envers ces traitements.

Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2006a). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 36-41.

L'étude a été menée en Australie auprès de 4000 habitant âgés de 18 et plus. Les résultats mettent en évidence que les gens, après 8 de campagnes préventives, reconnaissent mieux les symptômes de la dépression et de la schizophrénie et évaluent mieux les interventions des professionnels de la santé (médication, psychothérapie et psychiatrie).

Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2006b). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40, 42-46 (même étude que celle décrite dans Jorm et al. : 2006a).

Francis, C., Pirkis, J., & Dunt, D. (2002). *Improving Mental Health Literacy: A Review of the Literature*. Centre for Health Program Evaluation, University of Melbourne.

Cet article a été écrit dans le cadre d'un programme Australien, mais évalue les programmes de promotion de la santé ayant eu cours dans le monde entier. Il donne des conseils concernant le contenu et les modes de communication et fait des recommandations au sujet des programmes visant un groupe spécifique de la population. En gros, communiquer les conséquences positives d'un certain comportement amène les meilleurs résultats. Les campagnes médiatiques sont plus efficaces si elles sont combinées avec d'autres moyens de communication (ex : distribution d'informations sous forme écrite). Les auteurs soulignent que les campagnes médiatiques sont

utiles pour sensibiliser la population au problème, mais ne suffisent de loin pas à changer le comportement des gens.

Représentation du stress au travail

Daniels, K. (2004). Perceived risk from occupational stress : a survey of 15 European countries. *Occupational and Environmental Medicine*. 61, 467-470.

L'étude analyse dans quelle mesure les personnes supposent que le stress est lié au travail. L'auteur met en évidence que de lier stress et travail varie d'une culture à l'autre, même après avoir contrôlé les facteurs confondants (ex : appréciation du travail, type d'industrie).

Kinman, G., & Jones, R. (2005). Lay representations of workplace stress : What people really mean when they say they are stressed ? *Work and Stress*. 19 (2), 101-120.

L'étude analyse la représentation qu'ont 45 employés du stress au travail. Les résultats mettent en évidence que le stress est difficile à définir, qu'il a augmenté et qu'il est dû à des facteurs sociaux, organisationnels ou structurels. Paradoxalement, les solutions proposées par les employés pour lutter contre le stress sont de l'ordre individuel.

Lewig, K.A., & Dollard, M.F. (2001). Social construction of work stress: Australian newsprint media portrayal of stress at work. *Work & Stress*, 15 (2), 179-190.

L'étude analyse le discours lié au stress des médias australiens entre 1997 et 1998. Les résultats mettent en évidence que les médias dépeignent le stress comme une épidémie, décrivent des causes structurelles et organisationnelles, mais proposent des solutions au niveau individuel.

Beachler, D., Blatter, G., Kristensen, K., & Emery, S. (2003). „Stress au travail“ étude de besoin des PME. Incertitudes liées aux conditions de travail et stress. Département travail social et politique sociales et Fondation Charlotte Oliver.

L'étude a été menée auprès de 7 entreprises fribourgeoises et a eu pour but d'évaluer la représentation que les employés et les employeurs avaient du stress. Les résultats montrent que la compréhension du stress et les propositions faites pour mieux l'endiguer sont fortement liées

à la situation concrètement vécue par la personne en question. On dénote donc une différence entre employés manuels, employés de bureau et employeurs.

Clark, A.M., (2003). 'It's like an explosion in your life...': Lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.

L'étude a été menée auprès de 14 patients ayant été atteints d'une attaque cardiaque. Elle montre que les personnes considèrent le stress comme l'une des causes les plus importantes à l'origine de leur attaque. L'analyse montre aussi à quel point les gens ont une représentation variée et détaillée de l'influence du stress sur la santé.

Parker, J.D.A., Finkel, M.D., & Indice, L.C. (1993). Stress and Illness: The structure of a belief system. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (2), 193-204.

Dans cette étude, 347 jeunes adultes ont dû mentionner la relation entre le stress et 26 problèmes de santé. Les résultats montrent que les gens partagent une certaines représentations du stress et de la maladie. Par exemple, le stress est souvent associé à des problèmes de santé légers et communs, moins à des problèmes de santé graves.

Harkness, A.M.B., Long, B.C., Bermbach, N., Patterson, K., Jordan, S., & Kahn, H. (2005). Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions. *Work & Stress*, 19 (2), 121-136.

Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès de 22 employées de bureau. L'analyse du discours de ces femmes met en évidence que le stress est lié à toute une série de représentations. Par exemple, elles affirment, que le stress est socialement accepté voire valorisé et que craquer publiquement sous le poids du stress est considéré comme un signe d'incompétence.

7.5 Bibliographie

- Abel, T., & Bruhin, E. (2003). Health Literacy – Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In B.f.G. Aufklärung (Ed.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (pp. 128131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo.
- Albarracín, S., Johnson, B.T., & Zanna, M.P. (2005). *The handbook of attitudes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Allen, N.B., & Bradcock, P.B.T. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin*, 129, 887-913.
- Allen, S.M., Ciambone, S., & Welch, L.C. (2000). Stage of life course and social support as mediator of mood state among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 12, 318-341.
- Aspinwall, L.G. (2007). The psychology of future-oriented thinking: from achievement to proactive *coping*, adaptation, and aging. *Motivation and Emotion*, 29 (4), 203-235.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive *coping*. *Psychological Bulletin*. 121 (3), 417-436.
- Aylund, K. (2004). Disability in old age – Longitudinal population-based studies of the disablement process. *Danish Medical Bulletin*, 51 (4), 315-349.
- Aylund, K., Damsgaard, M.T., & Holstein, B.E. (1998). Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Social Science and Medicine*, 47 (5), 635-643.
- Baechler, D., Blatter, G., Emery, S., & Kristensen, K. (2003). *Stress au travail: enquête de besoins dans six PME de la région de Fribourg*. Chaire francophone de Travail social et Politiques sociales.
- Baltes, P.B., & Mayer, K.V. (1999). *The Berlin Aging Study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Barnay, T., & Debrand, T. (2006). L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe. *Bulletin d'Information en Economie de Santé*, 109, 1-6.
- Bazargan, M., & Barbre, A.R. (1992). Self-reported memory problems among the Black elderly. *Educational Gerontology*, 18, 71-82.
- Beachler, D., Blatter, G., Kristensen, K., & Emery, S. (2003). „Stress au travail“ étude de besoin des PME. Incertitudes liées aux conditions de travail et stress. Département travail social et politique sociales et

Fondation Charlotte Oliver. Téléchargé en août 2007 : http://www.fcho.ch/projets_actuels/Stress%20au%20travail.html

Bedeian, A.G., Mossholderm K.W., & Touliatos, J. (1990). Type-A status and selected work experiences among male and female accountants. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5 (1), 291-305.

Ben-Zur, H. (2002). *Coping*, affect and ageing: The role of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 257-372.

Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10 (3), 257-264.

Billings, A., & Moos, R.H. (1981). The role of *coping* responses and social resources in attenuating the stress on life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 157-189.

Black, B.S., Rabins, P.V., German, P., McGuire, M., & Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents. *The Gerontologist*, 37, 717-728.

Blanchard-Fields, F., Jahnke, H.C., & Camp, C. (1995). Age differences in problem-solving style: The role of emotional salience. *Psychology & Aging*, 10, 223-247.

Blazer, D.G., Burchett, B.M., Service, C., & George, L.K. (1991). The Association of age and depression among the elderly: An epidemiological exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, 210-215.

Blazer, D., Hughes, D.C., & George, L.K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.

Bode, C., De Ridder, D.T.D, Kuijer, R.G., & Bensing, J.M. (2007). Effects of an intervention promoting proactive *coping* competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47 (1), 42-51.

Bode, C., De Ridder, D.T.D., & Bensing, J.M. (2006). Preparing for aging: development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive *coping* theory. *Patient Education and Counseling*, 61, 272-278.

Boerner, K. (2004). Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role of assimilative and accommodative *coping*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59b (1), 35-42.

Boggio, Y., & Zellweger, E. (2007). *Campagne pour la prévention du tabagisme 2006 de l'OFSP: "BRAVO". Evaluation de l'efficacité et du degré de cohérence stratégique*. Genève : évaluanda.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe – First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: MEA.

Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging? *Aging and Human Development*, 64 (3). 263-297.

- Bowling, A. P., Edelman, R.J., Leaver, J., & Hoekel, T. (1989). Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over 85 year olds. *Personality and Individual Differences*, 10 (11), 1189-1192.
- Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self. In T.M. Hess & F. Blanchard-Fields (eds.), *Social Cognition and Aging* (pp. 123-141). San Diego, CA: Academic Press.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamic of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Brisette, I., Cohen, S., & Seeman, T.E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp.53-85). New-York: Oxford University Press.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Crawford, E., Ernst, J.M., Burleson, M.H., Kowalewski, R.B., et al. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Camerino, D., Maurice, P., Van Heijden, B.I.J.M., Estryng-Behar, M., Consonni, D., Gould, D., & Hasselhorn, H.M., (2006). Low-perceived work-ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 20 European countries. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 542-552.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Cartwright, S., & Cooper, C.L. (1996). Coping in occupational setting. In M. Zeidner and N.S. Norman (eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 202-220). New-York: J. Wiley.
- Center for Health Care Strategies Inc. (2000). *What is health literacy?* Princeton, NJ: CHCS.
- Cheng, S. (1992). Loneliness-distress and physician utilization in well-elderly female. *Journal of Community Psychology*, 20, 43-56.
- Cheng, S.T., Chan, A.C.M. (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science and Medicine*, 63 (1), 118-122.
- Clark, A.M., (2003). 'It's like an explosion in your life...': Lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp.3-25). New-York: Oxford University Press.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older people: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19 (2), 279-294.

Commission Fédérale de coordination pour la Sécurité au Travail, CFST. (2007). Directives relatives à l'appel des médecins du travail et aux autres spécialistes de la sécurité au travail (Directives MSSST). Téléchargé en septembre 2007 : https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/06508_f.pdf

Costa, P.T., Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (1996). Personality and *coping*: A reconceptualization. In M. Zeidner and N.S. Norman (eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). New-York: J. Wiley.

Creecy, R.F., Berg, W.E., & Wright, R.Jr. (1985). Loneliness among the elderly : a causal approach. *Journal of Gerontology*, 40, 487-593.

Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H.P., & Renteln-Kruse W.V. (2007). Geriatriche Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 226-240.

Davis, H., Volkoff, S., Cloutier, E., & Derreniec, F. (2001). *Viellissement, organisation du travail et santé*. Pistes, 3 (1).

DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N., & Pignone, M.P. (2004). Literacy and Health Outcomes – A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239.

Dykstra, P.A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: comparing deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29 (1), 1-12.

Dykstra, P.A., van Tillburg, T.G., & Gierveld, J.D. (2005). Changes in older adult loneliness – Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27 (6), 725-747.

Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N.K., Kaiser-Freiburghaus, D., Lauper-Del Ponte, S., & Witschi, I. (2005). Chronic job stressors and job control: Effects on event-related *coping* success and well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 737-752.

Fishbein, M., & Cappella, J.N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication*, 56, 1-17.

Fishbein, M., Triandis, H.C., Kanfer, F.H., Becker, M., Middlestadt, S.E., & Eichler, A. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. In A. Baum, T.A. Reverson & J.E. Singer (eds), *Handbook of health psychology* (pp. 3-17). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Fiksenbaum, L.M., Greenglass, E.R., & Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles, and *coping* among the elderly. *The Journal of Applied Gerontology*, 25 (1), 17-30.

Flori, K.L., Antonucci, T.C., & Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (1), 25-32.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and *coping* processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Fontaine, O., Kulbertus, H., & Étienne, A.-M. (1996). *Stress et cardiologie*. Paris, Milan, Barcelone : Masson.
- Francis, C., Pirkis, J., & Dunt, D. (2002). *Improving Mental Health Literacy: A Review of the Literature*. Centre for Health Program Evaluation, University of Melbourne. Téléchargé en septembre 2006 à l'adresse internet suivante : <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-literacy>.
- Gomez, RG, Madey, SF (2001). *Coping with hearing loss model for older adults*. *Journals of Gerontology series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (4), 223-225.
- Graf, M., Pekruhl, U., Korn, K., Krieger, R., Mücke, A., & Zölch, M. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005: Résultats choisis du point de vue de la Suisse*. Confédération Suisse, SECO.
- Grebner, S., Elfering, A., Semmer, N.K., Kaiser-Probst, C., & Schlafpach, M.L. (2004). Stressful situations at work and in private life among young workers: An event sampling approach. *Social Indicators Research*, 67, 11-49.
- Griffin, R.J., Dunwoody, S., & Neuwirth, K. (1999). Proposed model of the relationship of risk information seeking processing to the development of preventive behaviors. *Environmental Research Section A*, 80, 230-245.
- Guttman, D.L. (1974). The country of old men: Cross-cultural studies in the psychology of later life. In R.L. Levine (Ed.), *Culture and personality: Contemporary readings* (pp. 95-122). Chicago: Aldine.
- Harkness, A.M.B., Long, B.C., Bermbach, N., Patterson, K., Jordan, S., & Kahn, H. (2005). Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions. *Work & Stress*, 19 (2), 121-136.
- Harkonmäki, K., Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., Silventoinen, K. (2006). Mental health functioning (SF-36) and intentions to retire early among municipal employees: the Helsinki study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 190-198.
- Hansson, A., Hilleras, P., & Forsell, Y. (2005). What kind of self-care strategies do people report using and is there an association with well-being? *Social Indicators Research*, 73, 133-139.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, 33, 176-187.
- Heikkinen, R., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10 year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Heinemann, L, & Heuchert, G. (2000). Le système cardio-vasculaire. In J.M. Stellman et al. (eds), *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (chapitre 3). téléchargé sur internet en septembre 2007 :<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/>

- Hogan, B.E., Linden, W., & Najarian, B. (2001). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., & Schaeffer, J.A. (1996). *Coping*, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner and N.S. Norman (eds), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New-York: J. Wiley.
- Hornik, R., & Yanovitzky, I. (2003). Using Theory to design evaluations of communication campaigns: The case of the national youth anti-drug campaign. *Communication Theory*, 13 (2), 204-224.
- Horowitz, A., & Reinhardt, J.P. (2000). Mental health issues in visual impairment: Research in depression, disability, and rehabilitation. In B. Silverstone, M.A. Lang, B.P. Rosenthal, & E.F. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation* (pp. 1089-1110). New-York: Oxford University Press.
- Iecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kauman, R., Avgar, A., & Kol-Fogelson, A. (2004). Social support networks and loneliness among elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and the Family*, 66 (2), 306-317.
- Ilmarinen, J. (1999). *Ageing workers in the EU – Status and Promotion of work ability, employability and employment*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour.
- Ilmarinen, J. (2006a). The ageing workforce – challenges for occupational health. *Occupational Medicine*, 56, 362-364.
- Ilmarinen, J. (2006b). *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Finnish Institute of Occupational Health.
- Ilmarinen, J., & Tempel, J. (2003). Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit – Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In B. Bandura, H. Schnellschmidt, & C. Vetter (Hg.), *Fehlzeiten-Report 2002* (S. 85-99). Berlin
- Ilmarinen, J., & Rantanen, J. (1999). Promotion of work ability during ageing. *American Journal of Industrial Medicine*, Suppl. 1, 21-23.
- Jaffe, D.H., Manor, O., Eisenbach, Z., Neumark, & Y.D. (2007). The protective effect of marriage on mortality in a dynamic society, *Annals of Epidemiology*, 17 (7), 540-547.
- Jex, S., Beehr, T., & Roberts, C. (1992). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, 77, 623-628.
- Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2005a). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 42-46.

- Jorm, A.F., Christensen, H., & Griffiths, K.M. (2005b). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 36-41.
- Johnson, J.D., & Meischke, H. (1993). A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. *Human Communication Research*, 19 (3), 343-367.
- Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1994). Social support in the work environment and cardiovascular disease. In S.A. Shumaker & S.M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (pp.145-166). New-York: Plenum Press.
- Jorm, A.F., Barney, L.J., Christensen, H., Highet, N.J., Kelley, C.M., & Kitchener, B.A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3-5.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A. Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research continuities and discontinuities* (pp. 13-40). New-York: Springer.
- Kalwij, A., & Vermeulen, F. (2005). *Labour force participation of the elderly in europe: The importance of being healthy*. IZA Discussion Paper No 1887. Bonn
- Kaluza, G. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter: Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14 (4), 171-196.
- Karlin, W.A., Brondolo, E., & Schwartz, J. (2003). Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York City traffic agents. *Psychosomatic Medicine*, 65 (2), 167-176.
- Keller, B.R., Magnuson, T.M., Cernin, P.A., Stoner, J.A, & Potter, J.F. (2003). The significance of social network in a geriatric assessment population, *Aging Clinical and Experimental Research*, 15 (6), 512-517.
- Kickbusch, I. (2006). Gesundheitskompetenz. *News – Public Health Schweiz*, 3, 10.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2005). Health Literacy: Towards an active citizenship. In M. Sprenger (ed.), *Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ. Prof Dr. med. Horst Richard Noack PhD*. Lengrich: Papst Science Publishers.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2007). Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. *Salute e Società*, 6 (1), 185-200.

- Kiecolt-Glaser, J.K., & Newton, T.L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kinman, G., & Jones, R. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? *Work & Stress*, 19 (2), 101-120.
- Kohli, R., Herrmann, A.B., & Babel, J. (2006). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- Krause, N. (2005). Exploring age differences in the stress-buffering function of social support, *Psychology and Ageing*, 20 (4), 714-717.
- Krivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäkim, H., Wahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of coronary mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325, 857-863.
- Krohne, H. (1990). Stress und Stressbewältigung. In Schwarzer R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie, Ein Lehrbuch* (S. 263-277). Zürich: Horgrefe.
- Lachman, M., & Prenda, K.M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O.G. Brim, C.D. Ryff, & R. Kessler (Eds), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 320-349). University of Chicago.
- Lamber, S.D., & Loisel, C.G. (2007). Health information seeking behavior. *Qualitative Health Research*, 17, 1006-1019.
- Lewig, K.A., & Dollard, M.F. (2001). Social construction of work stress: Australian newsprint media portrayal of stress at work. *Work & Stress*, 15 (2), 179-190.
- Li, L.W., & Liang, J. (2007). Social exchanges and subjective well-being among older Chinese: does age make a difference? *Psychology and Ageing*, 22 (2), 386-391.
- Li, L.D., Liang, J., Toler, A., & Gu, S.Z. (2005). Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: do gender and source of support make a difference? *Social Science and Medicine*, 60 (3), 637-647.
- Luisier, G., Cotter, S., Gärtner, L. (2003). Chances, risques et défis de l'évolution démographique. *Démos – Bulletin d'information démographique*, 1.
- Lund, R., Due, P., Modving, J., Holstein, B.E., Damsgaard, M.T., & Andersen, P.K. (2002). Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Social Science and Medicine*, 55 (4), 673-679.
- Lyyra, T.M., & Heikkinen, R.L. (2006). Perceived social support and morality in older people. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (3), 147-152.

- Maag, D. (2005). *Denkanstöße für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy*. Health Care Communication Laboratory, Lugano.
- Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G.M., & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 64 (1), 77-94.
- Matt, G.E, & Dean, A. (1993). Social support from friends and psychological distress among elderly persons – moderator effects of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (3), 187-200.
- Matter, S. (2005). *Stressbewältigung, Gesundheitsverhalten und koronare Herzkrankheit. Lizentiatsarbeit*, Universität Fribourg, Philosophische Fakultät.
- Marmot, M., & Wilkinson, R.G. (2006). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Meier-Baumgartner, H.P., Dapp, U., & Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Morschhäuser, M., Sochert, R. (2006). *Healthy work in an ageing Europe: Strategies and instruments for prolonging working life*. Essen: European Network for Workplace Health Promotion.
- Moliné, A.-F. (2003). *Âge et conditions de travail dans l'Union européenne*. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et du travail.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A (1993). *Coping resources and processes: Current concepts and measures*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed., pp. 234-257). New York: Free Press.
- Mullins, L.C., & McNicholas, N. (1986). Loneliness among the elderly: issues and considerations for professionals in aging. *Gerontology and Geriatrics Education*, 7 (1), 55-65.
- Mullins, L., & Dugan, E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist*, 30, 377-384.
- Mullins, L., & Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends, and spouses. *Research on Aging*, 14, 449-470.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 359-267.
- O'Keefe, D.J. (2002). *Persuasion – Theory and Research*. California: Sage.
- Oxman, T.E., & Hull J.G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 56 (1), 35-45.
- Pahkala, K., Kivelä, S.-L., & Laippala, P. (1993). Relationships between social and health factors and depression in old age in a multivariate analysis. *International Psychogeriatrics*, 5, 15-32.

- Palmer, K.T., & Smedley, J. (2007). Work relatedness of chronic neck pain with physical findings – a systematic reviews. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 33 (3), 165-191.
- Parker, J.D.A., Finkel, M.D., & Indice, L.C. (1993). Stress and Illness: The structure of a belief system. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25 (2), 193-204.
- Parker, R.M, Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' health literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of *coping*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1277-1292.
- Perrez, M. (1998). Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 366-391). Bern: Hans Huber Verlag.
- Perrez, M., Laireiter, A.-R., & Baumann, U. (1998). Stress und *Coping* als Einflussfaktoren. In M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 277-306). Bern: Hans Huber Verlag.
- Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health. A situation-behaviour approach. Theory, methods, applications*. Seattle: Horgrefe & Huber Publishers.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., unter Mitarbeit von Kaiser, A., Sturzenegger, M., & Perren, S. (2001). *Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter*. Zürich.
- Pinquart, M. (2003). Loneliness in married, widowed, divorced, and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (1), 31-53.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influence on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4), 245-266.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A., & Mann, A.H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.
- Rasulo, D., Christensen, K., Tomassini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *Gerontologists*, 45 (5), 601-608.
- Riihimäki, H., & Viikari-Juntura, E. (2000). Le système musculosquelettique. In J.M. Stellman et al. (eds), *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (chapitre 3). téléchargé sur internet en septembre 2007 :<http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/>
- Row, J.W., & Kahn, R.L. (1998). Successful aging. *Aging*, 10, 142-144.

- Rudd, E.R., Moeykens, B.A., & Colton, T.C. (1999). Health and literacy : A review of medical and public health literature. In J. Comings et al. (eds), *Annual review of adult learning and literacy*. New York: Jossey-Bass.
- Savinainen, M., Nygard, C.-H., & Ilmarinen, J. (2004). Workload and physical capacity among ageing municipal employees – a 16-year follow-up study. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 34, 519-533.
- Santos-Eggimann, B. (2005). *Maladies cardiovasculaires et indicateurs de fragilité lors du recrutement de la 1ère vague de la Cohorte Le65+*. Rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Selgiman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Semmer, N. (1984). Stressbezogene Tätigkeitsanalyse : psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz. Basel: Beltz Forschungsberichte.
- Schultz, N., & Moore, D. (1984). Loneliness: correlates, attributions, and coping among older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10, 67-77.
- Schulz, P., Hartung, U., Faustinelli, C., & Keller, S. (2007). *Ernährung, Körperbewegung und Körpergewicht – Einstellungen und Wahrnehmungen der Schweizer Bevölkerung. Zusammenfassung der Ergebnisse des FollowUp nach einer Kampagne der Gesundheitsförderung Schweiz*. Universität Lugano.
- Schulz, P., & Nakamoto, K. (2005). Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 5 (2), 1-10.
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11 (5), 477-484.
- Simoneau, S., St-Vincent, M., & Chicoine, D. (1996). *Les LATR – Mieux comprendre pour mieux les prévenir*. Québec: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail.
- Sommerhalder, K., & Abel, T. (2007). *Gesundheitskompetenz : Eine konzeptuelle Einordnung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin : Bern.
- Sorkin, D., Rook, K.S., & Lu, J.L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 290-298.
- Steinmann, R.M. (2005). *Santé psychique – Stress: Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse*. Bern, Lausanne : Promotion Santé Suisse.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Stevens, N., & Westerhof, G.J. (2006a). Partners and others: social provisions and loneliness among married Dutch men and women in the second half of life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23 (6), 921-941.

- Stevens, N., & Van Tilburg, T. (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26 (1), 15-35.
- Stevens, N., Westerhof, G.J. (2006b). Marriage, social integration, and loneliness in the second half of life – a comparison of Dutch and German men and women. *Research on Aging*, 28 (6), 713-729.
- Tak, S.H. (2006). An insider perspective of daily stress and coping in elders with arthritis. *Orthopaedic Nursing*, 25 (2), 127-132.
- Timmins, F. (2006). Exploring the concept of ‘informational need’. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 375-381.
- Thompson, T.L., Dorsey, A.M., Miller, K.I., & Parrott, R. (2003). *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, M.G., & Heller, K. (1990). Facets of support related to well-being: quantitative social isolation and perceived family support in a sample of elderly women. *Psychology and Aging*, 5, 534-544.
- Turner, R.J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23-37.
- Uchino, B.N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.
- Uchino, B.N., Uno, D., & Holt-Lunstad, J. (1996). Social support. Physiological processes, and health. *Current Directions in Psychological Sciences*, 8 (5), 141-148.
- Ulich, E. (2007) Von der Work Life Balance zur Life Domain Balance. *Zeitschrift für Führung und Organisation*, 04/2007 (76. Jg.), 188-193
- Vaillant, G.E., & Mukamal, K. (2001). Successful Ageing. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Vitkus, J., & Horowitz, L.M. (1987). Poor social performance of lonely people: lacking a skill or adopting a role? *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1266-1273.
- Wechel, K.-T. (2003). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, Teil 1: Orientierungshilfe*. Bochum: InfoMediaVerlag.
- Wegener, D.T., & Carlston, D.E. (2005). Cognitive Processes in attitude formation and change. In D. Albarracín, B.T. Johnson, & M.P. Zanna (Eds), *The handbook of attitudes* (pp. 493-542). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wettstein, A. (2006). *Mythen und Fakten zum Alter. Verbreitete Meinungen und wissenschaftlich ermittelte Tatsachen zu gerontologischen Inhalten in den Disziplinen Soziologie, Sozialgeographie,, Pflege, Psychologie, Psychiatrie, Medizin, Pharmakologie, Gesundheitsökonomie, Ethik und Thanatologie*. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Wu, Z., & Hart, R. (2002). Social and health factors associated with support among elderly immigrants in Canada. *Research on Aging*, 24 (4), 391-412.

Yang, Y. (2006). How does functional disability affect depressive symptoms in Late Life? The role of perceived social support and psychological resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 355-372.

Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Organisationspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie)*, S.1007-112. Göttingen: Hogrefe.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 1-9.

Zobel, E. (2002). An updated overview of medical and public health literature addressing literacy issues. An annotated bibliography of articles published in 2001. Harvard School of Public Health. Consulté en ligne en octobre 2007 sur: www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/literature/lit_2001.html