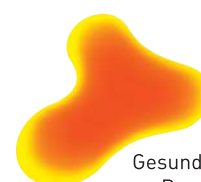


Santé psychique – stress

Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse.



Impressum

Auteur Ralph M. Steinmann, diplôme post-grade en promotion de la santé (2004–2006),
Promotion Santé Suisse

Groupe d'accompagnement

Direction: Doris Summermatter Kaufmann, EUMAHP, Promotion Santé Suisse

Membres: Heinz Bolliger-Salzman, ISPM Bern
Marie-Louise Ernst, psychologue FSP
Atelier für Organisationsberatung und Fortbildung
Prof. Alexander Grob, Université de Bâle
Michael Kohlbacher, MPH, Promotion Santé Suisse
Prof. Urs Peter Lattmann, Pädagogische Hochschule Aargau FHNW
Prof. Pasqualina Perrig-Chiello, Université de Berne
Regula Rička, MPH, Office fédéral de la santé publique
Brigitte Ruckstuhl, MPH, Promotion Santé Suisse
Prof. Ivars Udris, EPF Zurich

Relecture dans une perspective francophone:

Prof. Fred Paccaud,
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Editeur	Promotion Santé Suisse Avenue de la Gare 52 Case postale 670 CH-1001 Lausanne Tél. +41 (0)21 345 15 15 Fax +41 (0)21 345 15 45 office@promotionsante.ch www.promotionsante.ch	Gesundheitsförderung Schweiz Dufourstrasse 30 Postfach 311 CH-3000 Bern 6 Tel. +41 (0)31 350 04 04 Fax +41 (0)31 368 17 00 office.bern@promotionsante.ch www.gesundheitsfoerderung.ch
----------------	--	--

Avant-propos

LA STRATÉGIE À LONG TERME DE PROMOTION SANTÉ SUISSE

Promotion Santé Suisse s'engage en tant qu'organisation nationale en faveur de mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, en vertu de l'article 19 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Les responsables politiques, économiques et médicaux reconnaissent la nécessité du travail de promotion et de prévention en matière de santé, et le potentiel que comporte ce travail. Dans une perspective démographique, les défis futurs de la santé publique résulteront de stress psychiques croissants et des conséquences d'un mode de vie prospère qui demande toujours moins d'activité physique et entraîne une alimentation déséquilibrée.

La fondation Promotion Santé Suisse est en activité depuis 1998. S'appuyant sur son expérience et ses compétences, elle se concentrera à l'avenir sur trois thèmes essentiels, à savoir «renforcer la promotion de la santé et la prévention», «poids corporel sain» et «santé psychique – stress».

Le présent rapport énonce les fondements scientifiques du thème «santé psychique – stress», essentiels pour élaborer une stratégie appropriée dans ce domaine.

Ce rapport élargit la base de connaissances scientifiques et professionnelles sur ce sujet et met à disposition les outils nécessaires pour faire progresser ensemble la santé en Suisse.

Août 2005
Ensemble, pour le mieux-être
Promotion Santé Suisse

Table des matières

Avant-propos	3
Remerciements	8
Condensé	9
1. Point de la situation	19
1.1 Buts et cadre général	19
1.2 Bases stratégiques	20
1.2.1 Promotion Santé Suisse.....	20
1.2.2 Bases stratégiques nationales.....	21
1.2.3 Bases stratégiques internationales.....	23
1.3 Principes fondamentaux de la promotion de la santé et de la prévention	24
1.3.1 Un modèle de santé biopsychosociale.....	24
1.3.2 La perspective salutogénétique.....	25
1.3.3 Charte d'Ottawa.....	26
1.3.4 Promotion de la santé psychique et prévention des troubles psychiques.....	27
1.4 Résumé et conclusions	29
2. Santé psychique	31
2.1 Localisation et définition	31
2.2 Chiffres et faits généraux concernant la santé psychique: bases internationales et nationales	33
2.2.1 Faits et chiffres internationaux relatifs à la santé psychique.....	33
2.2.1.1 OMS.....	33
2.2.1.2 OMS Région Europe.....	35
2.2.1.3 Union européenne.....	36
2.2.1.4 Autres chiffres et faits internationaux.....	36
2.2.2 Faits et chiffres concernant la santé psychique en Suisse.....	37
2.2.2.1 Etat psychique général.....	37
2.3 Résumé et conclusions	39
3. Stress	41
3.1 Concept et définition	41
3.2 Modèle de base selon Lazarus et al.	42
3.2.1 Stresseurs.....	42
3.2.2 Processus évolutif du stress.....	44
3.2.2.1 Le niveau physiologique.....	44
3.2.2.2 Le niveau psychosomatique et psychosocial.....	44
3.2.2.3 Le niveau psychologique, adaptation ou <i>coping</i>	44
3.2.2.4 Caractéristiques individuelles de résistance au stress.....	46

3.2.3 Conséquences du stress	47
3.2.4 Stress et sexe	48
3.2.5 Modèle du processus de stress-surmenage	49
3.3 Faits et chiffres par groupes de population concernant santé psychique et stress	50
3.3.1 Contextes et groupes de population	50
3.3.2 La violence – thème transversal	52
3.3.3 Contexte commune/communauté	53
3.3.4 Contexte de l'institution sociale	55
3.3.5 Contexte de l'entreprise	55
3.3.5.1 Faits et chiffres internationaux	55
3.3.5.2 Faits et chiffres concernant la situation en Suisse	57
3.3.5.3 Groupes de population particuliers dans le cadre de l'entreprise	59
3.3.6 Contexte scolaire	60
3.3.7 Contexte familial	62
3.3.8 Equilibre de vie ou conciliation des vies professionnelle et privée	65
3.4 Résumé et conclusions	66
4. Déterminants, facteurs de risque et facteurs de protection de la santé psychique et du stress	69
4.1 Approches d'intervention	69
4.1.1 Approches générales	69
4.1.1.1 Qualité de vie	69
4.1.1.2 Bien-être	71
4.1.1.3 Capital social	72
4.1.1.4 Capital culturel	73
4.1.1.5 Autres approches socioculturelles	73
4.1.2 Approches axées sur des contextes et des groupes cibles spécifiques	73
4.1.2.1 Contexte de l'entreprise	73
4.1.2.2 Contexte de l'école	76
4.1.2.3 Contexte de la famille	77
4.1.2.4 Approches supracontextuelles: un modèle d'équilibre de vie (<i>life balance</i>)	78
4.2 Déterminants de la santé et des maladies psychiques	79
4.2.1 Objectifs globaux de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé psychique et du stress	79
4.2.2 Les notions de déterminant et de facteurs de risque et de protection	80
4.2.3 Déterminants de la santé et des maladies psychiques	82
4.2.4 Déterminants contextuels et sociologiques de la santé psychique	83
4.3 Santé psychique et stress: facteurs de risque et facteurs de protection ou ressources	84
4.3.1 Facteurs de risque et facteurs de protection généraux	84
4.3.2 Facteurs de protection et ressources spécifiques au stress	86
4.4 Résumé et conclusions	88

5. Stratégies et interventions	89
5.1 Stratégies européennes et nationales	89
5.1.1 Stratégies d'application européennes.....	89
5.1.1.1 <i>IMHPA: Implementing Mental Health Promotion Action</i>	89
5.1.1.2 <i>EMIP: Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries</i>	90
5.1.1.3 Alliance européenne contre la dépression (<i>EAAD</i>).....	91
5.1.1.4 Stratégies européennes pour la promotion de la santé dans l'entreprise.....	91
5.1.2 Stratégies d'application de deux pays.....	93
5.1.2.1 Australie: <i>The Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth)</i>	93
5.1.2.2 Ecosse.....	93
5.2 Interventions	94
5.2.1 Remarques préalables.....	94
5.2.2 Contexte de la commune/communauté.....	95
5.2.2.1 Macro-interventions: renforcement de réseaux communautaires.....	95
5.2.2.2 Micro-interventions: groupes cibles spécifiques.....	96
5.2.3 Contexte de l'institution sociale.....	97
5.2.4 Contexte de l'entreprise.....	97
5.2.4.1 Vue d'ensemble.....	97
5.2.4.2 Digression: Gestion des présences/absences et gestion de la santé dans l'entreprise.....	98
5.2.4.3 Niveau systémique dans le contexte de l'entreprise.....	99
5.2.4.4 Niveau individuel dans le contexte de l'entreprise.....	100
5.2.4.5 Interventions auprès de groupes cibles particuliers dans l'entreprise.....	101
5.2.5 Contexte de l'école.....	102
5.2.5.1 Vue d'ensemble.....	102
5.2.5.2 Niveau systémique dans le contexte scolaire.....	102
5.2.5.3 Niveau individuel dans le contexte scolaire.....	103
5.2.5.4 Programmes à caractère général.....	104
5.2.6 Contexte de la famille.....	104
5.2.6.1 Relation parents-enfant ou mère-enfant.....	104
5.2.6.2 Programmes à caractère général.....	105
5.2.7 Interventions thématiques.....	105
5.3 Recoupements avec le thème stratégique «poids corporel sain»	106
5.4 Résumé et conclusions	107
6. Les interventions nécessaires en Suisse: recommandations	109
6.1 La nécessité globale d'agir	109
6.2 Actions à entreprendre en fonction des contextes et des catégories sociales	110
6.2.1 Groupes de population.....	110
6.2.2 Contextes.....	113
6.3 Interventions recommandées	115
6.4 Recommandations complémentaires	117

Annexes

Annexe I: Cadre de référence pour la promotion de la santé psychique 2005–2007 (<i>VicHealth</i>)	119
Annexe II: Interventions et programmes d'interventions modulaires	120
Annexe III: Acteurs publics et privés et projets actifs dans le domaine de la prévention du stress et de la promotion de la santé psychique au plan national et interrégional	139
Annexe IV: Modèle de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse	145
Annexe V: Sources et bibliographie	146

Index des figures et tableaux**Figures**

1 <i>Modified Mental Health Intervention Spectrum</i>	28
2 Dimensions de la santé	31
3 Charge globale de morbidité dans les pays développés (1990)	34
4 Charge de morbidité des 25 pays de l'Union européenne en 2002	35
5 Le modèle cognitif et transactionnel de Lazarus	45
6 Modèle du processus de stress-surmenage	49
7 Qualité de vie et «qualité de vie liée à la santé» – point de rencontre de dimensions objectives et de dimensions subjectives	70
8 Gestion de la santé dans l'entreprise et capital humain/capital social	74
9 Le modèle demande-autonomie au travail de Karasek	75
10 L'école au centre de nombreuses exigences	76
11 Champs d'action et principes de la «bonne école en bonne santé»	77
12 Le phénomène de bascule, métaphore du <i>work-life balance</i>	78
13 <i>EUHPID Health Development Model</i>	81
14 Le triangle stratégique de l' <i>ENWHP</i>	92

Tableaux

1 Catégories de stressseurs et exemples	43
2 Vue synoptique de contextes et de groupes spécifiques	51
3 Coûts du stress selon la typologie de l'étude du seco	58
4 Objectifs globaux de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé psychique et du stress	80
5 Déterminants individuels et environnementaux de l'état de santé psychique	82
6 Liste d'importants facteurs de risques et facteurs de protection ou ressources dans le domaine de la santé psychique	85
7 Promotion de la santé au sein de l'entreprise: interventions axées sur le personnel et interventions systémiques/situationnelles	98
8 Récapitulation des recommandations par groupes cibles et par contextes	115
9 Exemples d'approches à envisager pour la prévention du stress et la promotion de la santé psychique dans des contextes et pour des groupes cibles prioritaires	116

*Das Gleichgewicht, das wir geistige Gesundheit nennen,
ist eben ein Zustand der Gesamtperson,
die nicht einfach ein Bündel von Leistungen ist,
und betrifft das gesamte Weltverhältnis.*

Hans-Georg Gadamer¹

Remerciements

Nombreuses sont les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport. Je tiens à remercier ici en premier lieu les membres du groupe d'accompagnement scientifique pour leur participation extraordinairement diligente et créative, qui a largement dépassé le cadre habituel.

Sur le plan interne, je remercie notre direction de sa confiance et souhaite exprimer tout d'abord ma reconnaissance pour l'appui technique et humain apporté par les membres du noyau interne: Brigitte Ruckstuhl, représentante de la direction; Marie-Louise Ernst, expert externe; ainsi que Doris Summermatter, cheffe du groupe d'accompagnement. Cependant, pratiquement tous les membres de Promotion Santé Suisse, à Berne et à Lausanne, ont apporté sous une forme ou une autre leur pierre à l'édifice – à commencer par les remarques constructives du Dr Bertino Somaini, directeur, et des membres de l'équipe de projet, mais aussi avec le soutien du secrétariat et des personnes responsables des aspects informatique et mise en page.

J'exprime enfin ma gratitude au grand nombre d'auteurs et de scientifiques et à leurs institutions, dont les travaux et les résultats sont le sel de ce rapport et fournissent les bases d'interventions prometteuses dans le domaine qui nous occupe ici.

Merci également à ma famille, qui a su faire preuve d'une très grande compréhension en dépit des sacrifices qui lui ont été imposés durant la rédaction de ce rapport.

¹ «L'équilibre que nous nommons santé psychique est un état général de la personne, pas seulement un assemblage de performances, et découle de son rapport global au monde.» Gadamer (1993).

Condensé

Le processus planétaire d'individualisation et de globalisation rend la vie de plus en plus complexe dans tous les domaines et s'accompagne d'un phénomène de désintégration sociale qui contribue lui aussi à placer l'être humain devant des défis croissants d'ordre psychique ou psychosocial. Notamment la formation scolaire et professionnelle, ainsi que le monde du travail, exercent des pressions toujours plus fortes en termes de performances et de concurrence. Les personnes le plus touchées sont d'une part les enfants, d'autre part les jeunes adultes, les responsables d'une famille monoparentale et les salariés en fin de carrière. Cette évolution se traduit par une perte de repères personnels et professionnels chez les adolescents, ainsi que par l'augmentation des pertes de travail dues au stress et de l'invalidité imputable à des causes psychiques. Elle s'exprime aussi par des phénomènes croissants de délinquance, d'agressivité et de propension à la violence chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. La grande majorité de la population suisse se considère comme psychiquement (et physiquement) en bonne santé, mais se trouve également confrontée à des exigences croissantes de tous ordres.

Dans les pays développés, tout individu – bien portant ou malade, jeune ou vieux, pauvre ou riche – vit le même phénomène du «stress», à savoir des contraintes physiques, psychiques et psychosociales qui tendent toujours plus souvent à créer des situations de surmenage. Il en résulte un mal-être qui peut déboucher sur des troubles psychiques et des maladies.

Le moment semble venu de réaliser un programme consacré à la problématique *santé psychique – stress*. Ce sont là des thèmes qui restent d'une actualité brûlante depuis plusieurs années en Suisse comme sur le plan international, et dont l'intérêt est considérable pour notre pays. Le monde politique a lui aussi pris conscience du fait que le stress et ses répercussions exercent des effets désastreux sur la santé publique, ce qui en fait un problème social, économique et politique de plus en plus sérieux. Ce large consensus quant à la nécessité d'agir dans le domaine du stress et de la santé psychique offre un cadre idéal pour la mise en œuvre d'un tel programme.

QUESTIONS

Que faut-il entendre par santé psychique et stress? Qu'est-ce qui provoque le stress et comment celui-ci agit-il? Quelle est la prévalence des troubles psychiques et du stress, quel fardeau économique représentent-ils? Quels sont les meilleurs moyens de prévenir et de surmonter le stress et de promouvoir la santé psychique? Dans quel domaine est-il le plus urgent d'agir en Suisse, et où des mesures concrètes auront-elles les meilleurs effets?

Le rapport dont nous présentons ici le condensé veut apporter des réponses à ces questions. Les contraintes psychosociales évoquées ci-dessus constitueront à l'avenir un des défis à relever par la politique nationale et internationale et par les stratégies à mettre en œuvre dans le domaine de la santé publique. Promotion Santé Suisse entend ainsi concentrer à l'avenir son attention sur le thème fondamental *santé psychique – stress* afin d'apporter dans ce domaine une contribution modeste mais durablement efficace. Des rapports scientifiques ont été par ailleurs rédigés simultanément sur les deux autres thèmes prioritaires, à savoir «poids corporel sain» et «renforcer la promotion de la santé et la prévention».

OBJECTIFS ET THÈMES

Ce rapport final constitue un *cadre de référence scientifique* dont on se servira pour élaborer une stratégie et concevoir des interventions destinées à prévenir le stress et à améliorer la santé psychique en Suisse. Il récapitule l'état actuel des connaissances empiriques sur la santé et les maladies psychiques, passe en revue les principales méthodes utilisées en Suisse et à l'étranger pour agir dans ce domaine, et formule

des recommandations relatives aux interventions dont on peut attendre les meilleurs résultats. Le rapport ne fait qu'effleurer la question des maladies psychiques pour se concentrer sur celles du stress et de la santé psychique et sur les leçons à en tirer.

BASES STRATÉGIQUES ET PROGRAMMATIQUES

La santé psychique prend aujourd'hui une place de premier plan dans les préoccupations de santé des gouvernements, des organisations internationales et privées. Dans notre pays, cela prend par exemple la forme d'une *priorité de la politique nationale de la santé de la Confédération et des cantons*, dont le cadre de référence recommande entre autres la promotion de la santé psychique dans la famille, à l'école et au travail, ainsi que les objectifs de santé pour la Suisse. Son objectif 6, amélioration de la santé psychique, est ainsi formulé:

D'ici à 2020, il convient d'améliorer la santé psychique de la population et de proposer aux personnes ayant des problèmes psychiques des services de qualité accessibles à tous.

A cet égard, on cherchera en particulier à atteindre les objectifs partiels suivants:

- 1) faire diminuer la prévalence des problèmes psychiques et leurs effets négatifs sur la santé, et améliorer la capacité de la population de gérer les événements stressants;
- 2) faire reculer le taux de suicides d'au moins un tiers en mettant l'accent sur les pays et les groupes de population qui présentent aujourd'hui un fort taux de suicides (Société suisse de santé publique 2002).

Les stratégies déterminantes à l'échelle internationale émanent de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de son Comité régional pour l'Europe (Déclaration et plan d'action d'Helsinki 2005), de l'Union européenne et de divers pays et réseaux.

Les bases et les concepts de la promotion de la santé (et de la prévention) analysées ici sont le *modèle biopsychosocial* (Engel) qui adopte une perspective globale, le modèle saluto-génétique axé sur les ressources sociales et individuelles, ainsi que la Charte d'Ottawa issue de la conférence du même nom de l'OMS et axée essentiellement sur les cadres de vie (settings). Il s'agit à la fois de promouvoir la santé psychique et de prévenir le stress et les troubles psychiques, deux approches d'égale valeur qui se complètent mutuellement au quotidien.

SANTÉ PSYCHIQUE – DÉFINITION

Selon le modèle biopsychosocial, la santé psychique constitue, à côté des aspects physiques et sociaux, *une des trois dimensions essentielles* – étroitement imbriquées – de la santé. La santé psychique n'est pas déterminée uniquement par des facteurs biologiques et psychologiques; elle est l'expression d'un processus complexe qui, outre les dispositions personnelles et le comportement individuel, se trouve modulé dans une large mesure par des facteurs sociaux, socio-économiques, culturels et écologiques. La santé psychique se vit et se définit de différentes manières selon le contexte culturel, social ou scientifique et en relation avec la phase ou le cadre d'une existence; mais elle résulte toujours des interactions entre l'individu et le milieu ambiant. A la conférence susdite d'Helsinki, la santé psychique a été *globalement* définie comme suit:

«Il s'agit d'un bien public mondial, d'un élément essentiel de la santé et du bien-être des citoyens européens, et d'un droit de l'homme fondamental. La bonne santé psychique est aussi une condition indispensable pour parvenir à une Europe viable, socialement responsable et productive. Elle renforce la cohésion sociale et le capital social, et améliore la sécurité dans le cadre de vie.» (*Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale 2005b*).

Elle peut se décrire à l'échelle individuelle comme un équilibre dynamique du bien-être psychique

«dans lequel l'individu est à même d'exploiter à fond ses aptitudes intellectuelles et affectives, d'affronter les épreuves normales de la vie et de travailler de façon fructueuse, d'apporter une contribution à sa communauté» (*OMS 2003*).

CAUSES, PROPAGATION ET IMPACT DES TROUBLES ET MALADIES PSYCHIQUES

Outre les facteurs biopsychosociaux (p.ex. autonomie personnelle, valeurs), ce sont surtout les *conditions-cadres structurelles, socio-économiques* – origine sociale et éducation, activité et statut professionnels – et des aspects institutionnels – accès au système de santé – qui agissent dans un sens favorable ou défavorable sur la santé psychique. Des phases persistantes d'anxiété et d'insécurité, l'isolement et le manque de soutien social accroissent le risque d'une santé psychique déficiente. On voit les problèmes de santé se manifester d'autant plus fréquemment qu'il y a accumulation de risques psychosociaux associés à un statut socio-économique défavorable. Il y a par ailleurs une étroite corrélation entre affections psychiques et physiques d'une part, et comportements à risque d'autre part (notamment tabagisme, alcoolisme, malnutrition, manque d'activité physique).

Les troubles et les maladies psychiques ont pris globalement une importance considérable. Partout sur la planète mais surtout dans les pays développés, ils font partie des problèmes de santé les plus répandus et continueront de progresser si l'on ne prend pas des mesures énergiques. Dépressions, troubles liés à l'alcoolisme, diverses formes de démence et de violence représentent au sein de l'*Union européenne* un quart des maladies et des décès prématurés. Leur impact économique totalise plusieurs pour cent du produit intérieur brut (PIB) dans tous les pays de l'UE.

La grande majorité de la *population suisse* estime qu'elle jouit d'un bien-être psychique élevé, alors même que les troubles psychiques et les suicides atteignent un niveau nettement supérieur à celui de la moyenne internationale. Environ la moitié se trouve affectée au moins une fois dans sa vie d'une perturbation psychique, relevant le plus souvent de problèmes affectifs ou d'états anxieux. Certains groupes de population – en particulier la classe d'âge de 15 à 24 ans, les femmes de 45 à 54 ans et les hommes de plus de 50 ans – tendent de plus en plus à manquer de sérénité et maîtrisent mal leur existence, ou consomment régulièrement des somnifères et des tranquillisants. L'état de santé psychique de la population en âge de travailler s'est nettement dégradé. Le nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité a doublé depuis 1986, et les rentes accordées en raison d'atteintes psychiques ont presque quadruplé.

STRESS – DÉFINITION, CAUSES, EFFET ET RÉPERCUSSIONS

Le stress est une *notion* tout aussi complexe que celle de santé psychique. Selon la discipline (biologie, médecine, sociologie, psychologie) qui utilise ce terme, celui-ci désigne les facteurs ou sources de stress (stresseurs, agents stressants), les réactions de l'organisme (stress), celles du comportement personnel (processus d'évolution du stress) et/ou les conséquences du phénomène. Il y a stress lorsqu'un déséquilibre survient entre exigences ou contraintes internes et externes d'une part, ressources internes et externes d'autre part sur les plans physique, psychique et social. Ce déséquilibre est très souvent provoqué par un surmenage, mais peut aussi résulter de la situation inverse (solicitations insuffisantes, impression de vacuité). Il est perçu subjectivement comme une épreuve nuisible, menaçante pour le bien-être personnel.

On attribue également au stress le potentiel d'un impact objectivement négatif sur la santé. De même, les *stresseurs* ou agents stressants désignent les épreuves ou les contraintes susceptibles d'altérer la santé. Ce sont des facteurs de risque qui se répartissent en différentes catégories: contraintes quotidiennes (p.ex. horaires serrés, bruit, monotonie), stresseurs physiques (p.ex. violences, blessures, douleurs), contraintes professionnelles (p.ex. innovations organisationnelles et techniques), stresseurs socio-économiques (p.ex. faible revenu) et *stresseurs psychosociaux* (p.ex. manque d'estime de soi-même, maîtrise insuffisante de sa vie professionnelle et privée, états anxieux, harcèlement, isolement, conflits et crises relationnels) dont la fréquence et l'importance vont en augmentant. En font partie aussi les événements critiques de l'existence (p.ex. perte de proches, de fonctions importantes ou de son emploi; séparation), les tensions et les fardeaux chroniques (p.ex. «petits» problèmes quotidiens persistants et surcharge de travail, profession inconciliable avec la vie privée) ainsi que les périodes de transition importantes (p.ex. puberté, adolescence, passage du couple à la famille, interruption ou reprise de la carrière professionnelle).

Les réactions physiologiques et psychologiques d'origine hormonale inhérentes au *processus d'évolution du stress* ont été bien étudiées. Contrairement aux réactions physiologiques qui affectent les systèmes nerveux, hormonal et immunitaire de façon uniforme quel que soit le stresseur impliqué, les réactions psychologiques présentent des *spécificités liées au sexe*. Les femmes (et les filles) souffrent plus souvent de troubles psychiques et se montrent plus sensibles au stress que les hommes (et les garçons). Elles subissent plus fortement l'influence de circonstances négatives d'ordre relationnel, tandis que les hommes se sentent davantage stressés sur le plan professionnel. En ce qui concerne la manière de *surmonter le stress*, les femmes tendent à «surcontrôler» en se montrant passives ou dépressives, tandis que les hommes contrôlent moins et adoptent un comportement plutôt agressif et «hyperactif».

Les épreuves stressantes ne rendent pas automatiquement malade. Si les stresseurs rencontrent des ressources intérieures et extérieures et des facteurs de protection qui permettent de surmonter la tension et créent un équilibre, on peut les qualifier de sollicitations souhaitables. Ce sont là des stimulations indispensables pour le développement humain, pour donner un sens à l'existence, pour le bien-être et la santé psychique.

A l'échelon individuel, on surmonte le stress par les moyens et les capacités dont on dispose pour faire face et s'adapter (*coping*), et grâce aux compétences fondamentales (*life skills*) d'ordre psychosocial notamment. La santé psychique résulte essentiellement d'une souplesse mentale qui permet d'adapter son attitude aux circonstances, donc de l'aptitude à faire coïncider diagnostic de la situation et comportement personnel. Les personnes capables de bien gérer le stress adoptent une interprétation foncièrement positive de la vie et de ce qui se passe autour d'elles, considèrent les erreurs et les revers comme des phénomènes normaux et non comme des signes de leur propre incapacité. Elles perçoivent le monde ambiant comme susceptible d'être modelé et génèrent de la stabilité affective (efficacité individuelle). Les facteurs structurels – notamment un environnement social, économique et écologique favorable – sont essentiels pour permettre aux compétences d'adaptation de l'individu de s'exprimer.

Lorsqu'un être humain est soumis au stress, son organisme sécrète des hormones qui le conditionnent pour le combat ou pour la fuite. Si l'énergie ainsi libérée n'est pas utilisée, si cette stimulation ne trouve pas à se dépenser, le stress a des *répercussions* inéluctables. Les conséquences possibles et courantes du stress (ou du fait de ne pas le surmonter) sont par exemple des maladies cardiovasculaires, des troubles digestifs, la surcharge pondérale, des douleurs musculaires et dorsales, mais aussi des troubles du sommeil et sexuels ainsi que des problèmes de concentration et de mémoire. *Le stress persistant qui découle de soucis accumulés constitue un sérieux danger pour la santé psychique et physique.*

Les réactions de stress et les conséquences d'une pression stressante au travail ont été bien étudiées et valent également pour d'autres champs d'activité. De nombreuses études signalent des corrélations entre stressés liés à l'activité professionnelle et état psychique (pouvant aller d'une satisfaction médiocre jusqu'au syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout* et aux troubles psychiatriques), entre situation au travail et tabagisme, risques d'accident et performances (absences), agressivité et volonté de démissionner, ainsi qu'entre situation au travail et maux physiques (p.ex. maladies cardiovasculaires, tension artérielle et système immunitaire) ainsi que problèmes de la vie privée.

PRÉVALENCE DU STRESS

Les données empiriques relatives aux groupes humains appartenant à tous les cadres de vie (*settings*) montrent que le stress constitue dans les pays développés *un des principaux facteurs de risque pour la santé psychique (et physique)*, qu'il accroît la fréquence des troubles psychiques (dépressions comprises) aussi bien que la mortalité (dont les taux de suicide). Il faut y inclure également les victimes de violences et de harcèlement dans les lieux publics, au sein de l'entreprise, à l'école et dans la famille.

La menace est particulièrement forte sur les catégories de population défavorisées, notamment enfants et adolescents agités, personnes âgées isolées; personnes handicapées en institutions sociales; apprentis, salariés en début et en fin de carrière; certains groupes d'enseignants et d'élèves; enfin responsables de famille monoparentale, personnes sans emploi et personnes soignant un proche. Le risque est accru en cas d'épreuves chroniques ou récurrentes, ou de problèmes multiples liés à des phases critiques de l'existence. En règle générale, les femmes sont davantage affectées par ces situations complexes et plus vulnérables ou défavorisées que les hommes dans presque tous les milieux de la société.

IMPACT ÉCONOMIQUE DU STRESS SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Ce sont les effets positifs et négatifs du stress dans la vie professionnelle qui ont été le mieux étudiés. Un stress permanent ou des événements traumatisants au poste de travail, ainsi qu'un manque d'harmonie entre vie professionnelle et vie privée, peuvent provoquer des troubles psychiques tels qu'anxiété ou dépression, ou aboutir au *burnout* – un état d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation qui se traduit par une capacité de travail réduite. Une perte de responsabilités ou l'absence de liberté de décider ou d'agir ont été reconnues comme des facteurs déterminants de stress chronique au travail.

Au sein de l'*Union européenne*, près d'un tiers des salariés sont affectés par un stress d'ordre professionnel. Dans les 15 pays membres de l'UE (avant 2004), le stress au poste de travail et les problèmes de santé psychique que cela comporte engendrent des coûts annuels estimés à 3 ou 4% du produit intérieur brut.

En *Suisse*, les répercussions du stress lié au travail coûtent chaque année des milliards de francs avec une tendance à la hausse (4,2 milliards en 2000). Selon une étude du seco, quatre salariés sur cinq en Suisse se sentent stressés – et cela souvent ou très souvent pour un bon quart d'entre eux. Une autre étude du seco considère 7% des personnes interrogées comme des victimes de harcèlement (*mobbing*),

donc tourmentées longtemps et de façon systématique par un ou plusieurs membres de l'entreprise dans le cadre du travail. On estime le coût d'un cas de *mobbing* à l'équivalent d'une année de salaire. Les *répercussions du chômage* – comparables à celles d'une précarité persistante de l'emploi – sont encore plus sérieuses: lorsque quelqu'un perd son emploi, la probabilité de symptômes dépressifs et d'un diagnostic clinique de dépression est deux fois plus élevée que chez les personnes occupées. La perspective de se trouver un jour au chômage est actuellement ce que l'on craint le plus dans la tranche d'âge de 12 à 18 ans. Le chômage des jeunes a triplé ces deux dernières années en Suisse pour atteindre 4% chez les 15 à 19 ans et 7% chez les 20 à 24 ans.

LA NÉCESSITÉ D'AGIR

La conclusion évidente des faits constatés, c'est qu'il faut agir. La problématique *santé psychique et stress* revêt une importance considérable en termes de santé publique. On voit que les troubles et les maladies psychiques – le stress et ses conséquences – ne se répercutent pas seulement sur l'état de santé des individus; ils ont de sérieuses incidences sur l'économie et sur la société en général (cohésion et intégration sociales).

A toutes les étapes de la vie et dans tous les contextes, savoir gérer le stress devient une compétence toujours plus fondamentale pour rétablir et maintenir les conditions nécessaires à l'état de santé physique, psychique et sociale.

RECOMMANDATIONS SELON GROUPES CIBLES ET CONTEXTES

Les recommandations formulées ci-après se basent sur les faits avérés et sur une série de critères de sélection quant aux groupes cibles et aux contextes à prendre en considération. Elles fournissent des repères généraux qui devront être justifiés et approfondis de cas en cas.

Recommandation 1:

Principaux groupes cibles à prévoir pour les interventions en Suisse: enfants, adolescents, salariés, personnes âgées.

Recommandation 2:

Pour atteindre le mieux possible les groupes visés dans leur cadre habituel, il convient d'intervenir dans des contextes appropriés – les principaux étant: famille, école, commune/communauté, entreprise.

Le tableau ci-après visualise ces recommandations, explicitées et justifiées en détail au cours de ce rapport. On peut escompter la plus grande efficacité et les meilleurs résultats des interventions portant sur les groupes cibles recommandés dans leur contexte spécifique. Les interventions contextuelles prennent en considération la complexité des causes (p.ex. comportements et circonstances, imbrication de différents contextes et secteurs) et permettent de toucher différents groupes cibles qui ont des liens entre eux (p.ex. élèves, enseignants, parents). Une annexe du rapport passe en revue les acteurs parfois nombreux et divers qu'il faut inclure dans ces interventions et les projets traitant de thèmes voisins qui doivent être mis en œuvre.

Tableau des recommandations relatives aux groupes cibles et aux critères contextuels

enfants (0–10)	adolescents (11–20)	salariés (21–65)	personnes âgées (65+)
famille + école (commune/ communauté)	école + commune/ communauté (famille et entreprise)	entreprise (famille)	commune/ communauté (institution sociale)

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX INTERVENTIONS EN SUISSE – OU BIEN: QUE FAUT-IL FAIRE?

Recommandation 3:

Chaque intervention requiert des approches axées à la fois sur l'individu et sur le système, en d'autres termes sur les comportements aussi bien que sur les circonstances. Tout doit être fait pour développer les ressources et, simultanément, réduire les facteurs de risque.

Les interventions seront d'autant plus judicieuses et efficaces qu'elles s'emploient à susciter des *changes structurels* qui contribuent à diminuer les facteurs de stress et à étoffer les ressources permettant de surmonter celui-ci. Cela inclura des actions contextuelles qui doivent aider les bénéficiaires à éviter des situations de surmenage ou, inversement, de sous-sollicitation, à affronter la vie quotidienne comme un défi positif à relever. Les interventions axées sur l'individu auront à encourager les compétences de santé qui agissent favorablement sur l'état psychique (facteurs de protection), et à prévenir les épreuves persistantes ou récurrentes qui provoquent un stress pathologique (facteurs de risque).

Voici une *liste d'approches efficaces ou prometteuses*, qu'il faudra hiérarchiser et préciser lors de la planification des interventions:

Contexte «école»: enfants

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> développement des capacités d'adaptation et des compétences de vie – notamment aptitudes relationnelles, résistance au stress et gestion de conflits autonomisation (<i>empowerment</i>), renforcement de la résilience, de l'efficacité individuelle et du sentiment de cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> école propice à la santé (principe appliqué au quotidien) en relation avec sa vocation éducative réformes pédagogiques: promotion de l'apprentissage social et émotionnel promotion des compétences des enseignants et des parents en matière de gestion du stress promotion des compétences éducatives des parents (premières années de la relation parent-enfant)

Contextes «école» et «commune/communauté»: adolescents

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> développement des capacités d'adaptation et des compétences de vie – notamment aptitudes relationnelles, résistance au stress et gestion de conflits autonomisation (<i>empowerment</i>), renforcement de l'efficacité individuelle et du sentiment de cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> comme niveau système du contexte «école» renforcement de la participation dans tous les contextes prévus renforcement de l'intégration sociale (ouverture d'associations pour les jeunes défavorisés)

Contexte «entreprise»: salariés

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> développement des capacités d'adaptation, des compétences personnelles, psychosociales et professionnelles et de la condition physique (gestion du stress, résistance, méthodes de détente et d'entraînement physique) promotion de l'apprentissage à vie 	<ul style="list-style-type: none"> stratégie globale de promotion de la santé en entreprise développement institutionnel centré sur l'organisation du travail (davantage de participation, de pouvoirs décisionnels et d'autorégulation) gestion du personnel (style de direction, reconnaissance, aménagement des horaires, vie professionnelle et vie privée)

Contexte «commune/communauté»: personnes âgées

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> renforcement de la sociabilité autonomisation et aide à l'autopromotion, renforcement des capacités d'adaptation et de l'assurance personnelle, participation promotion des activités physiques et cognitives à vie 	<ul style="list-style-type: none"> renforcement des réseaux sociaux, communautaires notamment projets intergénérationnels, animation socio-culturelle examens gériatriques préventifs combinés à des visites à domicile

Les recommandations ci-dessus correspondent à ce qui est techniquement réalisable en termes de santé publique. Les aspects relevant de la stratégie d'entreprise et de la politique financière devront être examinés dans le cadre d'une étape ultérieure.

CONNAISSANCES TECHNIQUES ET EMPIRIQUES

Stratégie, planification et réalisation peuvent se référer à un vaste fond de connaissances. On dispose d'une série de concepts éprouvés (p.ex. qualité de vie, bien-être, capital social et culturel, résilience) qui permettent de donner aux interventions une base scientifique solide. Les objectifs globaux dans le domaine «santé psychique et stress» ont été délimités (voir ci-dessous) et l'on connaît les paramètres déterminants à cet égard ainsi que les facteurs de risque et de protection. *Pour toutes les phases de l'existence et tous les contextes – plus spécialement l'entreprise, l'école et la famille – il existe des études prouvant*

l'efficacité de certaines méthodes de prévention du stress et de promotion de la santé psychique, avec des résultats également positifs sur les plans économique et social. Une annexe du rapport final présente une cinquantaine de programmes évalués et mentionne également de nombreuses autres sources concernant des interventions passées.

Il convient par ailleurs de relever l'existence de *lacunes* dans le domaine épidémiologique et concernant la qualité, l'effet ou les conclusions des interventions réalisées. Par ailleurs, les interventions visant le comportement humain sont beaucoup plus nombreuses que celles portant sur l'aspect structurel. On ne connaît guère de moyens efficaces d'affronter les problèmes liés au chômage des jeunes, au stress invalidant ou à l'obligation de concilier profession et famille. Ces lacunes signifient qu'il faudra également emprunter de nouvelles voies dans certains domaines. Il faut reconnaître enfin que la santé psychique et le stress constituent en Suisse un domaine relativement nouveau, en voie d'élaboration – surtout en ce qui concerne les aspects réalisation et évaluation.

RÉSULTATS – OU BIEN: QUELS OBJECTIFS GLOBAUX LES STRATÉGIES À METTRE EN PLACE DOIVENT-ELLES VISER?

La liste ci-dessous des *objectifs généraux de promotion de la santé et de prévention dans le domaine psychisme et stress* doit fournir un premier cadre de référence pour l'élaboration des options stratégiques et la planification des interventions.

Prévention	Promotion de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • réduire le fardeau des maladies psychiques, pour la société, pour les familles, pour les individus • réduire les taux de suicide • faire baisser les taux d'invalidité, le nombre de bénéficiaires de rentes AI et de l'assistance sociale • diminuer la stigmatisation des malades psychiques • réduire la violence physique et psychique, en particulier le harcèlement (<i>mobbing/bullying</i>) • réduire les phénomènes de surmenage et de sous-sollicitation chroniques, <i>burnout</i> compris • diminuer les situations de désintégration sociale et d'isolement • réduire le chômage • réduire les coûts de santé et les coûts sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • améliorer la qualité de vie, les compétences de vie • améliorer bien-être, équilibre psychique et santé physique • améliorer résilience et résistance au stress • sensibiliser la population à la problématique «santé et troubles psychiques» • améliorer le cadre structurel • renforcer le capital social, la paix et la cohésion sociales; promouvoir intégration sociale et solidarité • améliorer la sécurité sociale • accroître joie de vivre et créativité • accroître productivité et PIB

QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR? À QUOI FAUT-IL S'ATTENDRE SI L'ON N'ENTREPREND RIEN?

Il est probable que la société continuera d'évoluer sur sa lancée actuelle et que la pression économique s'accroîtra encore davantage, de sorte qu'il en ira de même pour les contraintes psychiques de tous ordres. Surmonter les événements critiques et les transitions de l'existence deviendra toujours plus difficile. Le stress – un des principaux facteurs de risque pour la santé psychique (et physique) – gagnera encore en importance. En l'absence de mesures ciblées et efficaces, le fardeau des maladies psychiques (et physiques) deviendra un facteur économique et social encore plus lourd à supporter.

1. Point de la situation

Ce premier chapitre examine tout d'abord les conditions-cadres et les buts fondamentaux à atteindre. Puis il esquisse les bases stratégiques à mettre en place et les fondements théoriques de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Comme les suivants, ce chapitre s'achève par un résumé et des conclusions.

1.1 BUTS ET CADRE GÉNÉRAL

Le présent rapport doit fournir à Promotion Santé Suisse et à d'autres instances un *état des lieux* – les bases théoriques et pratiques requises pour élaborer une stratégie et planifier les interventions destinées à améliorer durablement la santé psychique en Suisse. Pour utiliser au mieux ses ressources limitées, la fondation doit s'imposer des limitations thématiques en matière de promotion de la santé psychique et de prévention des troubles psychiques, comme elle le fait dans d'autres domaines. Les compétences et l'expérience disponibles ont conduit le Conseil de fondation à prendre la décision de se concentrer sur la problématique du stress. Ce document de base servira ainsi – dans le cadre de la stratégie à long terme de Promotion Santé Suisse – à l'élaboration de stratégies et d'interventions destinées à promouvoir la santé psychique en général et à prévenir le stress en particulier. Il poursuit **trois objectifs principaux**:

1. Récapituler l'état actuel des connaissances scientifiques fondamentales dans le domaine de la santé psychique en général, et de celles, plus spécifiques, concernant le stress en particulier.
2. Analyser les principales approches internationales et nationales ayant donné des résultats probants ou prometteurs dans le domaine visé.
3. Emettre des recommandations relatives à la réalisation en Suisse d'interventions aussi judicieuses, efficaces et économiques que possible.

D'autres objectifs du rapport sont de décrire un ensemble d'interventions combinées sur le thème du stress, ainsi que les points communs et les synergies avec le thème parallèle «poids corporel sain» de Promotion Santé Suisse. Le présent document contient en outre une analyse systémique succincte ainsi que des observations relatives aux projets nationaux et supra-régionaux, aux partenaires de ces projets et aux compétences en Suisse (*mapping*).

Ce document doit constituer pour les années à venir un cadre de référence dans le domaine considéré, mais sans prétention à l'exhaustivité. Etant donné la diversité thématique du sujet, ses nombreuses facettes ne peuvent être exposées qu'à l'aide de quelques exemples estimés prioritaires – qu'il s'agira de compléter et d'approfondir en fonction de la stratégie et des interventions adoptées. On pourra utiliser à cet effet les nombreuses notes de bas de page référencées et la documentation établie lors de l'élaboration du rapport. Les recherches nationales et internationales et leurs résultats font l'objet d'une analyse suffisamment détaillée pour étayer scientifiquement les conceptions, les stratégies et les interventions décrites. Dans les domaines où cela n'est pas possible faute d'interventions probantes, nous décrivons des méthodes susceptibles de fournir les données nécessaires à l'aide d'une évaluation appropriée.

Le rapport tient compte des **conditions-cadres** suivantes:

- Actuellement en voie d'élaboration, les principes généraux de *pratiques exemplaires (best practice)* (et d'évaluation des résultats) développés par Promotion Santé Suisse sont pris en compte pour autant qu'ils existent.²
- Les aspects «évaluation économique» et «égalité des chances» sont traités séparément. Le rapport donne cependant la préférence aux interventions et aux stratégies qui favorisent l'égalité des chances en matière de santé ainsi que l'accès de groupes spécifiques au système de santé, et qui tiennent compte du «genre».³

² Promotion Santé Suisse (2005).

³ Cf. Promotion Santé Suisse (2004).

- Conformément à l'esprit *santé publique* qui anime toute la démarche, les stratégies et les interventions proposées visent à améliorer la santé psychique d'une part aussi importante que possible de la population d'individus exposés à des stress accumulés.
- L'analyse d'un problème débouche aussi bien sur la promotion de la santé que sur la prévention, mais en mettant l'accent sur une perspective salutogénétique. Contrairement au modèle courant de la pathogénèse, cette conception s'intéresse avant tout au maintien et au renforcement des ressources personnelles (cf. 1.3.2).
- Il s'agit aussi bien d'apporter des modifications au cadre structurel que de changer les comportements individuels. Une des priorités déjà fixées par le Conseil de fondation est la promotion de la santé au sein des entreprises, du fait que Promotion Santé Suisse dispose de solides compétences dans ce domaine et qu'aucun acteur national ne s'emploie à le développer; d'autres priorités seront à définir – par exemple les contextes école et commune/communauté.
- Pour ce qui est de l'aspect **conception de l'être humain et éthique**, nous adhérons au cadre suivant: Le présent document s'inspire d'une vision humaniste de l'être humain, dans laquelle une existence chargée de sens est essentielle pour le maintien de la santé psychique. Cette vision se reflète dans une société et une culture humanistes qui tendent à intégrer, encourager et valoriser la vie humaine à tous les stades et sous toutes ses formes – par opposition au principe d'efficacité d'une société fonctionnaliste qui sélectionne les individus selon le critère *survival of the fittest* (la loi du plus fort) et ne tolère au travail que des individus «résiliants». Cette conception très globalement humaniste signifie que la société et le monde politique doivent s'employer à satisfaire les besoins fondamentaux de chaque individu – attention et soins, nourriture, vêtements et abri, formation et activité rémunérée – indépendamment du sexe, de l'origine sociale et de l'orientation sexuelle, ainsi que des convictions politiques et religieuses. Pour la santé psychique il est primordial d'admettre que si la satisfaction des besoins physiologiques est fondamentale, l'esprit a lui aussi besoin d'être nourri par l'attention que lui portent d'autres êtres humains – faute de quoi il s'étiolle et devient un cas pathologique à prendre en charge par l'assurance-invalidité.⁴

1.2 BASES STRATÉGIQUES

Ce chapitre présente les principales bases stratégiques – d'ordre essentiellement politique – requises sur le plan institutionnel aux échelons national et international dans le domaine de la santé psychique. Les stratégies de mise en œuvre seront abordées au chapitre 5.1, en relation avec les interventions à prévoir.

1.2.1 Promotion Santé Suisse

Bases stratégiques générales

Le mandat de Promotion Santé Suisse se fonde sur la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal):

Art. 19 LAMal Promotion de la prévention des maladies

1. Les assureurs encouragent la prévention des maladies.
2. Ils gèrent en commun et avec les cantons une institution dont le but est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Le Conseil fédéral crée l'institution si les assureurs et les cantons ne l'ont pas fait.

⁴ D'après Baumann-Hölzle (2005).

L'article 2 (But) des **Statuts de la Fondation**⁵ complète l'art. 19 LAMal de la manière suivante:

- La Fondation soutient et coordonne la réalisation de projets d'importance nationale et régionale. Dans la mesure de ses possibilités, elle apporte des contributions financières, une assistance technique et des conseils.

L'**image directrice** de la Fondation contient des principes importants, qui ont valeur de bases stratégiques pour l'élaboration, l'interprétation et l'utilisation du présent rapport, par exemple⁶:

- «L'objectif de la promotion de la santé est le renforcement des ressources personnelles et sociales dans le domaine de la santé (approche de la salutogenèse). Il s'agit de créer des cadres de vie qui permettent aux individus ainsi qu'aux groupes d'organiser de façon saine leur propre manière de vivre et d'augmenter leur bien-être et leur qualité de vie.»
- «En tant qu'institution opérant sur tout le territoire suisse [...] elle évalue constamment le besoin d'intervention pour la Suisse et fixe, sur cette base, des secteurs prioritaires pour des programmes nationaux qu'elle conçoit et dirige.»
- «Tenir compte des connaissances scientifiques: Les objectifs, la stratégie et les mesures adoptés par Promotion Santé Suisse reposent sur des bases scientifiques et des connaissances éprouvées. [...]»

Base stratégique spécifique

Conformément à cette image directrice⁷ ainsi que dans le but d'améliorer l'efficacité des interventions et d'assurer un positionnement plus clair de Promotion Santé Suisse, le Conseil de fondation a décidé fin 2004 d'ajouter à «Renforcer la promotion de la santé et la prévention»⁸ et à «Poids corporel sain»⁹ un troisième thème prioritaire pour sa nouvelle stratégie à long terme, à savoir «Santé psychique – stress». On y combinera parallèlement les thèmes stratégiques transversaux «évaluation économique»¹⁰ et «égalité des chances»¹¹. Il faut replacer l'adoption du volet prioritaire «Santé psychique – stress» dans le cadre du processus national qui s'étend sur plusieurs années et d'un projet de stratégie nationale visant à protéger et promouvoir la santé psychique de la population en Suisse.¹²

1.2.2 Bases stratégiques nationales

Dans le cadre de la **politique nationale de la santé**, la Confédération et les cantons ont décidé en 2000 de faire de la santé psychique une préoccupation prioritaire. Depuis lors, ce thème a fait l'objet d'un certain nombre de séances de travail et d'études.¹³ En avril 2005, ces travaux ont servi de références stratégiques pour les activités fédérales et cantonales (projet et rapport de consultation relatifs à une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse¹⁴). Ce cadre de référence est valable pour d'autres partenaires intéressés.

⁵ Dernière révision le 17 janvier 2002.

⁶ Principes fondamentaux 1.3.1 ou LAMal art. 19, 1.4 point 2, et 2.2 point 1.

⁷ Principe fondamental 1.4, point 2.

⁸ van der Linde (2005).

⁹ Schopper (2005).

¹⁰ Schug avec la collaboration de Eisenring (2005).

¹¹ Lamprecht et al. (2005).

¹² Politique nationale de la santé (2004a).

¹³ Le présent rapport cite les documents qui le concernent au chapitre qui en traite.

¹⁴ Politique nationale suisse de la santé (2004b, 22ss.).

Ce document définit les objectifs à atteindre dans un délai de dix ans, comme suit:

- accroissement de la vitalité psychique au sein de la population suisse
- amélioration de la prise de conscience des aspects positifs de la santé psychique
- amélioration de l'accès à des traitements appropriés
- amélioration de la coopération des personnes concernées et de leurs proches
- diminution de la chronicité des troubles psychiques et du nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI
- diminution du taux de suicide
- augmentation de la satisfaction des patients et diminution des cas de *burnout* (épuisement psychique) chez les professionnels¹⁵
- meilleure attractivité du travail avec les personnes souffrant de maladies psychiques

Ce projet de stratégie a donné lieu à une vaste consultation politique, laquelle a placé la «**promotion de la santé psychique dans les contextes de la famille, de l'école et du travail**» au deuxième rang des priorités dans le classement des dix recommandations du plan d'action.¹⁶

1. Dépistage précoce en cas de maladies psychiques
2. Promotion de la santé psychique dans les contextes de la famille, de l'école et du travail
3. Favoriser la prise de conscience de la population par rapport à la santé et aux maladies psychiques
4. Promotion de l'entraide et du travail bénévole; soutien des proches et développement de la participation des personnes concernées, à tous les niveaux du système de santé
5. Développement de la qualité des offres de traitements visant à guérir et à réhabiliter les personnes souffrant de maladies psychiques
6. Encouragement de la relève de professionnels en médecine, soins infirmiers, psychologie et travail social; promotion de la recherche et du développement
7. Coordination multisectorielle
8. Observation du problème: monitoring et synthèse des données disponibles
9. Adaptation de la législation
10. Coordination nationale et internationale

Les cantons ainsi que les œuvres d'entraide et les organisations de bénévoles accordent même la priorité absolue à la promotion de la santé psychique dans les contextes de la famille, de l'école et du travail.

La dimension internationale prend ici la forme d'une adaptation suisse de l'«Agenda 21» de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, Région européenne), qui a défini pour le 21^e siècle un cadre de référence et des priorités concrètes. Elaboré à partir d'un travail de fond de professionnels de tout le pays et intitulé «Buts pour la santé en Suisse», un document stratégique inspiré de cet agenda adopte le but 6 «améliorer la santé psychique» avec les précisions suivantes:

«D'ici à 2020, il convient d'améliorer la santé psychique de la population et de proposer aux personnes ayant des problèmes psychiques des services de qualité accessibles à tous. A cet égard, on cherchera en particulier à atteindre les objectifs partiels suivants:

- 1) faire diminuer la prévalence des problèmes psychiques et leurs effets négatifs sur la santé, et améliorer la capacité de la population de gérer les événements stressants.**¹⁷
- 2) faire reculer le taux de suicides d'au moins un tiers en mettant l'accent sur les pays et les groupes de population qui présentent aujourd'hui un fort taux de suicides.»¹⁸

¹⁵ A compléter: et chez le personnel soignant privé et les proches.

¹⁶ Politique nationale de la santé [2004b, 21ss.].

¹⁷ Mis en évidence par l'auteur. Comme les problèmes psychiques ne sont ni causés ni résolus au niveau des comportements individuels exclusivement, un autre but important à signaler est l'amélioration ciblée du contexte structurel.

¹⁸ Société suisse de santé publique [2002].

1.2.3 Bases stratégiques internationales

OMS

Avec son *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, l'OMS a fait de la santé psychique un thème stratégique d'importance internationale. Ce rapport, dont l'approche reste axée sur les troubles et les maladies psychiatriques, définit dix champs d'action stratégiques:

- traiter les troubles au niveau des soins primaires
- assurer la disponibilité des psychotropes
- soigner au sein de la communauté
- éduquer le grand public
- associer les communautés, les familles et les consommateurs
- adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
- développer les ressources humaines
- établir des liens avec d'autres secteurs
- surveiller la santé psychique des communautés
- soutenir la recherche

L'OMS s'est acquis le leadership en la matière par son rapport de 2001; elle a approfondi et concrétisé sa stratégie¹⁹ et suscité la réalisation de nombreuses études sur ce sujet.²⁰ Dans une publication récente, l'OMS déclare que «la promotion de la santé psychique contribue à la santé en général et devrait constituer un élément essentiel de la promotion de la santé».²¹

OMS Région Europe

Dans le prolongement du Rapport de 2001 sur la santé dans le monde, l'OMS Région Europe a également renforcé ses activités sur ce thème; celles-ci ont abouti à l'adoption d'une déclaration programmatique européenne²² assortie d'un plan d'action européen à long terme²³ concernant la santé psychique lors de la **Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale tenue à Helsinki en janvier 2005**. Celle-ci a fixé les priorités suivantes pour la décennie à venir:²⁴

- I mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental;
- II lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, et encourager et soutenir les personnes atteintes de problèmes de santé psychique et leur famille de manière à ce qu'elles puissent participer activement à ce processus;
- III concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé psychique complets, intégrés et efficaces englobant la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale;
- IV répondre au besoin de disposer d'un personnel soignant compétent et efficace dans tous ces domaines;
- V reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants, et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services de santé psychique.²⁵

Les résultats de cette première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale doivent entrer dans le dialogue entre Confédération et cantons sur la politique à suivre dans ce domaine,²⁶ ce qui permet d'établir le lien entre niveau international et niveau national.

¹⁹ OMS (2000c).

²⁰ OMS (2001a), cf. bibliographie.

²¹ Herrman et al. (2004, 59).

²² OMS Conférence ministérielle européenne (2005).

²³ OMS Conférence ministérielle européenne (2005b). Des objectifs échelonnés ont été définis pour la période 2005–2010.

²⁴ Ibid.

²⁵ OMS Conférence ministérielle européenne (2005a, 3).

²⁶ Office fédéral de la santé publique (2005).

Union européenne

La **Commission européenne** a participé à la conférence d'Helsinki en tant que partenaire qui coopère avec l'OMS et en soutient l'orientation stratégique.

Politiques et stratégies de différents pays et réseaux

Outre les organisations internationales, de nombreux pays et quantité de réseaux internationaux et nationaux s'occupent de politiques (*policies*),²⁷ de stratégies et de leur mise en œuvre dans le domaine de la santé et des maladies mentales. Les réseaux s'intéressent en général davantage aux questions d'application; le chapitre 5.1 en présente quelques exemples.

1.3 PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Ce chapitre présente les idées et les principes qui sont à la base de la promotion de la santé et qui revêtent une importance particulière pour la promotion de la santé psychique et la prévention de troubles psychiques. Le chapitre 4.1 énumère les principes à respecter lors d'interventions dans le domaine de la santé psychique et du stress. Les bases conceptuelles décrites ci-après témoignent du changement de paradigme remplaçant l'orientation pathogénétique par une perspective salutogénétique, dans le cadre de trois processus évolutifs qui se chevauchent en partie:²⁸

- Le premier développement est le passage d'une conception biomédicale à une conception biopsychosociale de la santé (Engel).
- Le deuxième développement correspond au changement de perspective allant de la pathogenèse à la salutogenèse (Antonovsky et Charte d'Ottawa).
- Le troisième développement consiste à abandonner le point de vue centré exclusivement sur l'individu pour adopter une perspective plus systémique, englobant les facteurs du milieu ambiant (études socio-épidémiologiques des années 80 et Charte d'Ottawa).

Enfin, un modèle pour l'orientation stratégique des interventions dans le domaine de la santé psychique répertorie et définit les principes à mettre en œuvre par la promotion de la santé psychique et la prévention des troubles psychiques.

1.3.1 Un modèle de santé biopsychosociale

Partant de la conception globale de l'être humain évoquée plus haut (chap. 1.1), le présent document s'appuie sur le modèle intégrateur et interdisciplinaire de George L. Engel.²⁹ Dans son modèle biopsychosocial, Engel s'est détaché de la conception biomédicale, analytique et réductionniste, pour prendre en compte des dimensions sociales, psychologiques, comportementales et culturelles de la maladie (et de la santé). Dans cette optique, la maladie, son évolution et sa guérison – ou la santé, son maintien et son renforcement – n'ont pas des explications exclusivement biochimiques, mais ne peuvent être comprises et influencées qu'en s'intéressant aussi au comportement social, aux conditions de vie et à l'état subjectif.

²⁷ Programmes politiques avec leurs stratégies et les mesures prévues; cf. Linder & Vatter [2002].

²⁸ D'après Wettstein (2004).

²⁹ Engel (1979). L'OMS fait de son côté la distinction entre une dimension pathogénétique négative et une dimension salutogénétique positive de la santé psychique (OMS 2001a).

Ce modèle à l'avantage d'être utilisable universellement en termes de santé publique: il n'est pas confiné à la recherche et à l'enseignement théorique, mais convient comme «modèle d'action pour le monde réel des soins de santé»³⁰ – et cela pour les sociétés et les populations de tous niveaux culturels. Engel base sa réflexion, entre autres, sur la perspective ethnomédicale, c'est-à-dire sur le fait que dans n'importe quelle société les principaux critères d'identification de la maladie sont de nature comportementale, psychologique et sociale.³¹

1.3.2 La perspective salutogénétique³²

La salutogenèse constitue une des approches les plus influentes en sociologie et en psychologie de la santé, dans les sciences de la santé en général. Prenant le contre-pied du point de vue exclusivement pathogénétique et en vue de compléter le regard biomédical sur les maladies, son fondateur Aaron Antonovsky pose directement la question des conditions dans lesquelles la santé s'instaure et se maintient.³³ Antonovsky fait de la santé une catégorie en soi dans un continuum allant de la santé à la maladie.

Partant de recherches sur le stress et sur la manière dont celui-ci est surmonté, Antonovsky a constaté que l'être humain parvient à rester en santé malgré la présence d'une multitude de facteurs pathogènes, en dépit des tracasseries psychosociales et des événements critiques de son existence. L'état de santé d'un individu résulte de l'équilibre – de l'interaction dynamique – entre facteurs pathogènes et facteurs salutogènes dans l'organisme et son milieu ambiant.

Le premier pôle de la salutogenèse est formé par les **ressources globales de résistance** (*generalized resistance resources*), à savoir la capacité qu'a un être humain de gérer les pressions biologiques, psychiques et socio-écologiques de façon constructive – donc sans préjudices pour la santé:

- ressources physiques/constitutionnelles: potentiel d'immunisation inhérent à l'organisme,
- ressources personnelles et psychiques; p.ex. connaissances en matière de santé, comportement préventif visant à éviter activement des facteurs de stress, maîtrise personnelle,
- ressources interpersonnelles: p.ex. soutien dans le cadre de réseaux sociaux, intégration sociale,
- ressources socioculturelles: références culturelles stables, existence régie par des préceptes, et
- ressources matérielles garantissant protection, nourriture, gîte, etc.

Les personnes qui bénéficient de ressources suffisantes nourrissent un **sentiment de cohérence** (*sense of coherence*), second pôle du modèle. Ce sentiment peut être considéré comme une image de soi positive qui confère l'aptitude à agir et à surmonter les difficultés, image associée à la conviction que l'on est capable de diriger et d'organiser sa vie et les circonstances qui l'entourent.³⁴ Il comporte trois éléments:

- sentiment de comprendre le monde (*sense of comprehensibility*),
- sentiment de maîtriser les ressources disponibles, d'être à même de surmonter les difficultés (*sense of manageability*), et
- sentiment que la vie est chargée de sens, digne d'être vécue (*sense of meaningfulness*).

Antonovsky a postulé que plus le sentiment de cohérence est vif, plus on a de chances de surmonter les facteurs de stress qui se présentent.

³⁰ Ibid., 84.

³¹ Ibid., 68.

³² D'après P. Franzkowiak in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 198ss.). Cf. aussi le modèle de salutogenèse élargi par Faltermaier.

³³ Cf. Antonovsky (1979) et Antonovsky (1997).

³⁴ Selon Antonovsky, le sentiment de cohérence est une attitude générale «[...] exprimant dans quelle mesure on possède un sentiment de confiance général, durable mais dynamique que le milieu intérieur et extérieur est prévisible et que les choses évolueront très probablement de la manière que l'on peut raisonnablement attendre»: Antonovsky (1997, 16).

La perspective salutogénétique est actuellement une des plus importantes conceptions interdisciplinaires et intégrées de la santé, même si elle n'a pas été suffisamment mise en pratique et doit encore passer l'épreuve de tests empiriques.³⁵ Mais la corrélation indubitable qui se manifeste entre sentiment de cohérence et santé psychique, et le fait que ce sentiment permet de mobiliser les ressources propres à surmonter le stress, rendent cette approche particulièrement utile en ce qui nous concerne ici. La salutogenèse est en outre proche d'autres conceptions de la promotion de la santé, notamment autonomisation (empowerment), résilience, convictions en matière de règles de santé et critères d'efficacité individuelle.

1.3.3 Charte d'Ottawa³⁶

La Charte d'Ottawa a été élaborée au début des années 80 et adoptée en 1986, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, à Ottawa (Canada). Elle se fonde sur le programme «Santé pour tous» de l'OMS. Cette charte constitue la première étape – la plus importante à ce jour – dans la mise en place d'une stratégie internationale pour la promotion de la santé. Elle entend faire de la promotion de la santé «le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé».³⁷ La Charte d'Ottawa était une réponse aux critiques croissantes que subissaient prévention médicale et éducation classiques en matière de santé, axées essentiellement sur les comportements à risque individuels. La Charte stipule au contraire que la paix, un abri convenable, une éducation, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, une utilisation soigneuse des ressources naturelles disponibles, ainsi que la justice et l'égalité des chances sont **des conditions fondamentales et des éléments constitutifs de la santé**.

La Charte a récapitulé en 1986 les stratégies et les champs d'action de la promotion de la santé, qui restent valables aujourd'hui.³⁸

Les trois **stratégies d'action** fondamentales sont:

- Plaidoyer (*advocacy*): promouvoir l'idée qu'il est possible d'agir sur les facteurs de risque et de protection de la santé.
- Conférer les moyens (*enable*): offrir à tous les êtres humains les ressources nécessaires pour réaliser pleinement leur potentiel de santé.
- Servir de médiateur (*mediate*): pratiquer une coopération active et durable avec tous les acteurs – individus, groupes, communautés, institutions gouvernementales et non gouvernementales – appartenant au système de santé ou extérieurs à celui-ci.

La Charte énumère cinq **champs d'action** prioritaires:

- Elaborer une politique publique globalement favorable à la santé (*build healthy public policy*): la santé doit être mise à l'ordre du jour politique à tous les niveaux et dans tous les secteurs.
- Créer des milieux favorables (*create supportive environments*): création de conditions de vie et de travail sûres, stimulantes et satisfaisantes, protection du milieu naturel et social, sauvegarde des ressources naturelles.
- Renforcer l'action communautaire (*strengthen community action*): soutien d'organisations de proximité, activités communautaires des citoyens, entraide au sein de la communauté en vue d'améliorer l'autonomie de l'individu et le contrôle qu'il exerce sur sa propre santé (cf. autonomisation et participation).

³⁵ Concernant l'état des recherches et la place occupée par le modèle d'Antonovsky, cf. p.ex. Bengel et al. (1998) et Wydler et al. (2000).

³⁶ D'après L. Kaba-Schönstein in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 73ss.) et Conférence internationale sur la promotion de la santé (sans année).

³⁷ Conférence internationale sur la promotion de la santé (sans année).

³⁸ Cf. document complémentaire *Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world* (août 2005), basé sur la Charte d'Ottawa: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp.

- Conférer des aptitudes individuelles (*develop personal skills*): développement de la personnalité et des compétences sociales par l'information et par l'éducation à la santé, développement de l'aptitude à apprendre toute sa vie et à surmonter les difficultés de l'existence (cf. autonomisation).
- Réorienter les services de santé (*reorient health services*): développement d'un système de santé qui, au-delà des soins médicaux, s'emploie à une promotion accrue de la santé et vise à satisfaire les besoins de l'être humain considéré dans sa globalité.

La Charte d'Ottawa marque en quelque sorte la consécration internationale de la promotion de la santé sur le plan politique; elle constitue aujourd'hui encore le plus important document de base officiel dans ce domaine. En 1997, la quatrième conférence sur le même thème, tenue à Jakarta, a confirmé que les cinq champs d'action de cette approche à plusieurs niveaux – à savoir politique, communauté, institutions, groupes et individus – constituaient bien des «stratégies» efficaces. C'est ainsi que le champ d'action «cadres de vie propices à la santé», qui utilise une **approche contextuelle** de nature systémique, a donné la preuve qu'il constitue une excellente stratégie de promotion de la santé. La mise en œuvre de ces champs d'action requiert la participation de la population et la coopération d'une multitude d'acteurs, de secteurs et de catégories professionnelles à tous les niveaux, en particulier pour la coopération intersectorielle.

1.3.4 Promotion de la santé psychique et prévention des troubles psychiques

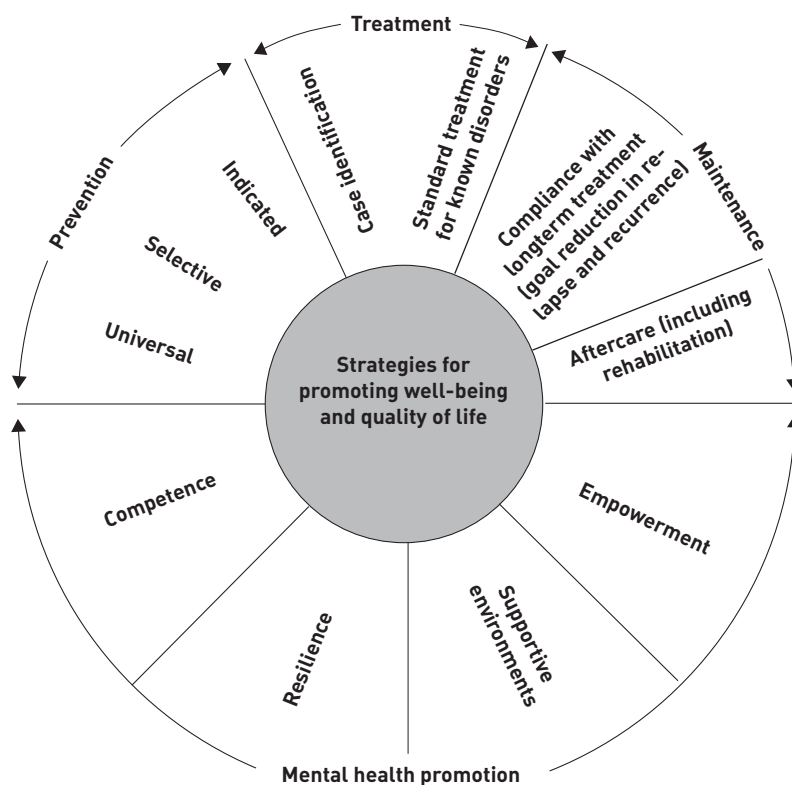
Un modèle irlandais nous servira ici à définir les deux démarches fondamentales que sont la promotion de la santé et la prévention des troubles psychiques (y compris pressions psychologiques et symptômes de stress), et à décrire leurs points de recoupement.³⁹ Bien qu'il s'agisse en l'occurrence d'un modèle d'intervention, nous le présentons dans ce chapitre du fait qu'il permet de délimiter d'une part les champs d'action pathogénétiques et salutogénétiques, et de mettre en lumière d'autre part la corrélation entre promotion de la santé psychique et prévention de troubles psychiques à l'aide de concepts fondamentaux de ces deux démarches.

Le modèle présenté ci-dessous du *Modified Mental Health Intervention Spectrum* a été élaboré par Margaret M. Barry, *National University of Ireland*; il constitue une extension du modèle de prévention de Mrazek & Haggerty⁴⁰.

³⁹ La même distinction fondamentale apparaît dans les dernières publications scientifiques de l'OMS: Herrman et al. (2004) et Hosman et al. (2004, 16).

⁴⁰ Mrazek & Haggerty (1994) in: Barry (2001, 26).

Figure 1

Modified Mental Health Intervention Spectrum⁴¹

Ce schéma visualise l'éventail des interventions dans le domaine de la santé psychique et met simultanément en évidence les objectifs stratégiques de la promotion de la santé que sont le bien-être et la qualité de vie. Le modèle illustré ici base la **promotion de la santé psychique** sur les principes de l'autonomisation (*empowerment*) et de cadres de vie propices à la santé (cf. Charte d'Ottawa), et intègre les concepts de résilience et de compétences ou ressources, qui relèvent du domaine des interventions et sont présentés au chapitre 4.

Hosman et Jané-Llopis définissent la promotion de la santé psychique en relation avec la prévention des troubles psychiques, de la manière suivante:

«Les activités de promotion de la santé psychique (*mental health promotion*) impliquent la création de conditions individuelles, sociales et environnementales favorisant un épanouissement psychologique et psychophysique optimal. Ces initiatives associent l'individu dans le processus visant à obtenir la santé psychique, à améliorer la qualité de vie et à réduire les disparités d'espérance de vie entre pays ou entre catégories sociales. Il s'agit là d'un processus d'acquisition d'aptitudes, accompli par, avec et pour les êtres humains».⁴²

⁴¹ Barry (2001).

⁴² Hosman & Jané-Llopis (1999).

Selon Mrazek & Haggerty, la prévention des troubles psychiques a pour but:

«de réduire l'incidence, la prévalence, la récurrence de troubles psychiques, la durée des périodes comportant les symptômes ou le risque de maladies mentales, en empêchant ou en retardant les rechutes, en diminuant les répercussions de la maladie sur la personne atteinte, sur sa famille et sur la société».⁴³

A côté de l'attention prioritaire vouée à la promotion de la santé psychique, le présent document s'intéresse particulièrement à la **prévention primaire des troubles psychiques**, à distinguer de la prévention secondaire (réduction de la prévalence) et tertiaire (réduction de la gêne, amélioration de la réhabilitation, prévention de rechutes).

Lien entre promotion de la santé psychique et prévention des troubles psychiques⁴⁴

Promotion de la santé et prévention diffèrent en termes d'approche conceptuelle et de résultats visés. La promotion de la santé psychique cherche à améliorer bien-être, compétence et résilience⁴⁵ et à créer des conditions et des cadres de vie qui contribuent à atteindre son objectif.

La prévention des troubles psychiques a pour but de réduire les risques et les symptômes, et en fin de compte les troubles psychiques eux-mêmes. Elle recourt à des stratégies de promotion de la santé psychique comme un moyen parmi d'autres d'atteindre ces objectifs. Une stratégie promotionnelle peut aussi avoir pour effet dérivé de réduire l'incidence de troubles psychiques. Comme les deux démarches visent à améliorer la santé psychique et à agir sur les conditions préalables de celle-ci, elles devraient être considérées comme des approches de nature différente mais complémentaires.⁴⁶

Mais en s'employant à rétablir, à renforcer et à développer les ressources individuelles, la promotion de la santé apporte aussi un soutien à l'ensemble du système thérapeutique intégré figurant dans la moitié supérieure du modèle ci-dessus, avec ses rubriques «traitement», «soins dans la durée» et «réhabilitation».

1.4 RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Résumé

Objectifs et conditions-cadres

- Conformément à la décision prise par le Conseil de fondation, le présent document se focalise sur la promotion de la santé psychique en général et sur la prévention du stress en particulier.
- Ce document constitue un «état des lieux» destiné à servir de cadre de référence scientifique pour l'élaboration des stratégies et la planification des interventions. Les divers aspects de cette thématique complexe sont présentés par des exemples; ils devront être approfondis au moment de concrétiser ces stratégies et ces interventions.
- La Fondation règle sa conduite sur le principe général des pratiques d'excellence (conception holistique de l'être humain et éthique, prise en considération du contexte national et international y compris les aspects législatifs, assurance qualité, critères scientifiques et travail basé sur des données probantes), ainsi que sur ceux de la salutogenèse, de la santé publique, de la modification des circonstances comportementales et de l'égalité des chances.

⁴³ Mrazek & Haggerty (1994).

⁴⁴ D'après Hosman et al. (2004, 17ss.).

⁴⁵ Les notions de bien-être et de résilience sont définies dans les chap. 4.1.1.2 et 4.1.2.3.

⁴⁶ Cf. Hosman & Jané-Llopis (1999): « La prévention des troubles mentaux (*prevention of mental disorders*) peut être considérée comme un des objectifs et des résultats d'une stratégie générale de promotion de la santé psychique».

Bases stratégiques

- La santé psychique occupe actuellement, à tous les niveaux, une position de premier plan dans l'agenda stratégique des organismes gouvernementaux, internationaux et privés.

Bases conceptuelles de la promotion de la santé et de la prévention

- La promotion de la santé psychique se fonde sur le modèle biopsychosocial, sur l'approche salutogénétique et sur la Charte d'Ottawa.
- Promotion de la santé et prévention relèvent de conceptions différentes, mais sont dans la pratique des démarches complémentaires. Outre sa vocation de renforcer et de développer les ressources, la promotion de la santé entretient également des liens avec les activités thérapeutiques, de soins dans la durée et de réhabilitation.

Conclusions

- La focalisation stratégique de Promotion Santé Suisse sur le critère de la santé psychique s'inscrit logiquement dans le cadre de référence de la politique de santé de la Confédération et des cantons, et dans celui des stratégies internationales; il y occupe une position hautement prioritaire.
- Ces bases conceptuelles sont parfaitement en phase avec l'image directrice de Promotion Santé Suisse et avec les principes fondamentaux de la promotion de la santé.

2. Santé psychique

Partant de la position que la santé psychique occupe parmi les autres dimensions de la santé, le présent chapitre commence par la définition courante de cette notion dans l'usage international. Il présente ensuite des données épidémiologiques et des considérations générales concernant la santé psychique sur les plans international et national, et en tire les conclusions.

2.1 LOCALISATION ET DÉFINITION

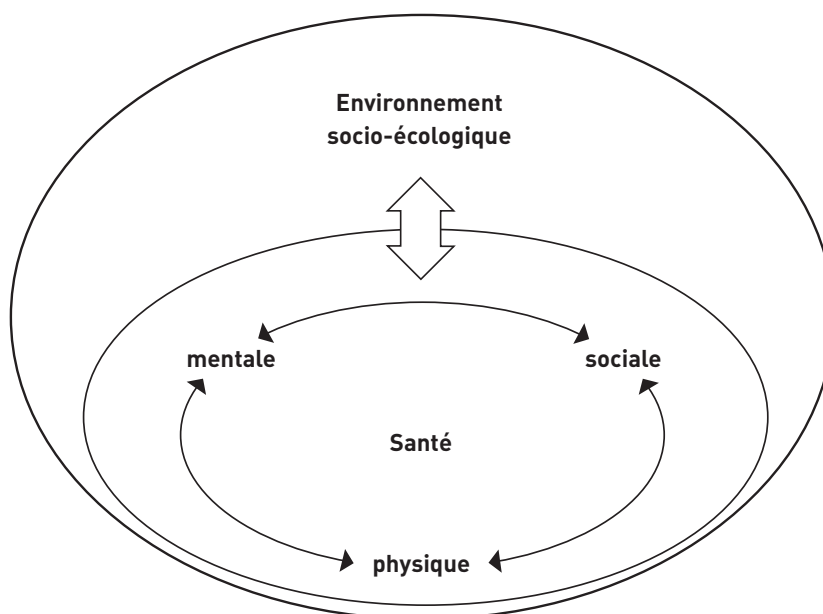
L'importance énorme que revêt la santé psychique se reflète déjà dans la définition de la santé que propose la Constitution de 1947 de l'OMS:

«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Cette définition concorde avec le modèle biopsychosocial de la santé présenté plus haut (chap. 1.3.1). La localisation de la santé psychique et ses recouvrements avec les autres dimensions essentielles de la santé sont visualisés dans le schéma ci-dessous:

Figure 2

Dimensions de la santé⁴⁷



Illés et Abel développent ces dimensions fondamentales en décrivant la santé psychique et son maintien comme «un tissu d'interactions complexes de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, socioculturels, écologiques et spirituels».⁴⁸

⁴⁷ D'après Bauer et al. (2003).

⁴⁸ Illés & Abel (2002, 49).

L'OMS a tiré de sa définition de la santé trois constatations essentielles à propos de la santé psychique:

- la santé psychique fait partie intégrante de la santé,
- elle est davantage que l'absence de maladie, et
- elle est étroitement liée aux dimensions physiques et sociales de la santé, ainsi qu'à la dimension comportementale, lesquelles se déterminent réciproquement.⁴⁹

L'expression «santé psychique» et les notions voisines peuvent avoir des significations bien différentes selon la culture et le contexte de la personne qui l'utilise, selon les circonstances socio-économiques et politiques.⁵⁰ Les spécialistes ont ainsi donné de «santé psychique» des définitions qui varient selon leurs références culturelles, sociales et scientifiques, ainsi que selon les phases de l'existence.⁵¹ L'interprétation ci-dessous se fonde essentiellement sur des publications et des définitions de l'OMS reflétant la perspective *santé publique* adoptée par les scientifiques et les praticiens de *pays développés*.

Comme l'a fait le rapport stratégique Santé psychique de la politique nationale suisse de la santé⁵² et vu le caractère interactif et interdépendant de la santé psychique, nous adoptons la définition de base donnée par le *Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde* qui définit la santé psychique comme un processus dynamique:

«La santé psychique⁵³ est le résultat d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La santé psychique n'est pas un état fixe qui se manifeste comme suite des dispositions personnelles et du comportement individuel, mais un processus complexe influencé en grande partie – et indépendamment des aspects individuels – par des aspects sociaux-économiques, culturels et écologiques.»⁵⁴

A titre de déclaration d'intention pour un programme politique dans le domaine de la santé considérée comme un bien public, nous adoptons ici le point de vue économique et social de la santé psychique plutôt que celui des compétences psychologiques et comportementales de l'individu. Selon la définition qu'en donne l'OMS (Bureau régional de l'Europe), il s'agit là

«[...] d'un bien public mondial, d'un élément essentiel de la santé et du bien-être des citoyens européens, et d'un droit de l'homme fondamental.⁵⁵ La bonne santé psychique est aussi une condition indispensable pour parvenir à une Europe viable, socialement responsable et productive. Elle renforce la cohésion sociale et le capital social, et améliore la sécurité dans le cadre de vie».⁵⁶

⁴⁹ Herrman et al. (2004, 10ss.), OMS (2001a).

⁵⁰ Herrman et al. (2004, 20).

⁵¹ Concernant la vieillesse, cf.: www.geroweb.ch.

⁵² Politique nationale de la santé (2004a).

⁵³ En anglais, l'OMS, entre autres, utilise le terme de «*mental health*», qui se traduit couramment en allemand par «*psychische Gesundheit*». L'OMS et, en général, les auteurs francophones, parlent en français de «santé mentale» plutôt que de «santé psychique»; mais cette dernière expression est très usitée par les institutions helvétiques. La présente traduction française utilise «mental» et «psychique» comme des synonymes. Il n'appartient pas au présent rapport de définir avec précision les notions de «psyché» ou «psychisme»; contentons-nous de rappeler que la santé comporte de nombreuses facettes psychiques ou mentales – affectivité et aptitudes relationnelles, motivation, créativité, conception de soi-même, identité ou conscience. Ajoutons que l'expression «santé (ou maladie) spirituelle» est impropre du fait qu'elle s'utilise normalement dans un contexte théologique ou ésotérique. Cf. Illés & Abel (2002, 38ss.).

⁵⁴ OMS (2001a).

⁵⁵ Cf. OMS (2002).

⁵⁶ OMS Conférence ministérielle européenne (2005b, 1).

Sur le plan individuel, la santé psychique ne constitue pas un «état statique»⁵⁷, mais bien plutôt

un équilibre dynamique, «un état de bien-être permettant à l'individu de réaliser ses potentialités, de faire face au stress normal de la vie⁵⁸, d'accomplir un travail productif et fructueux, et d'apporter une contribution à la communauté dans laquelle il vit».⁵⁹

Cette définition présuppose de manière implicite que l'être humain bénéficie des conditions et des compétences indispensables pour réaliser et perpétuer cet état de bien-être psychique. Le terme de **bien-être psychique**⁶⁰ convient pour désigner une situation vécue de manière subjectivement positive.⁶¹ Dans le présent document, on parlera de «santé psychique» dans un sens positif – salutogénétique – par opposition aux termes pathogénétiques de «troubles psychiques» (mentaux, psychiatriques) et de «maladies mentales».

2.2 CHIFFRES ET FAITS GÉNÉRAUX CONCERNANT LA SANTÉ PSYCHIQUE: BASES INTERNATIONALES ET NATIONALES

On trouvera ci-dessous les principales constatations générales concernant l'incidence et la prévalence, ainsi que les facteurs déterminants des affections psychiques sur les plans international et national. Le chapitre 3.3 présentera des chiffres et des faits relatifs aux divers groupes de population. Troubles et maladies psychiques ne seront abordés qu'en relation avec l'analyse ci-après. La question du traitement et de la réhabilitation psychothérapeutiques et psychiatriques n'est que brièvement évoquée.⁶²

2.2.1 Faits et chiffres internationaux relatifs à la santé psychique

2.2.1.1 OMS

Les données de base sont fournies par des études de l'OMS sur la charge de morbidité globale, lesquelles estiment maladies, blessures et facteurs de risque pour 1990 et font des projections pour l'année 2020. Il a été démontré à ce propos que l'on a fortement sous-estimé les répercussions des maladies mentales, dans le passé et le présent aussi bien que pour l'avenir. En ce qui concerne les troubles psychiques et comportementaux, l'OMS a fait les constatations suivantes:⁶³

- Des troubles mentaux ou comportementaux affectent plus d'une personne sur quatre à un moment ou l'autre de leur vie.
- A tout moment, environ 10% des adultes et 20% des enfants et des adolescents en souffrent.
- Environ 20% des personnes bénéficiant de soins de premier recours ont des troubles mentaux simples ou multiples.
- Selon toute probabilité, une famille sur quatre compte au moins un membre affecté de troubles psychiques. Ces familles ont non seulement la charge du soutien matériel et affectif, mais aussi celles de la stigmatisation et de la discrimination.

⁵⁷ Cf. la première définition de l'OMS cité au début du chap. 2.1.

⁵⁸ Original: *to cope with the normal stresses of life*.

⁵⁹ OMS (2003, 7).

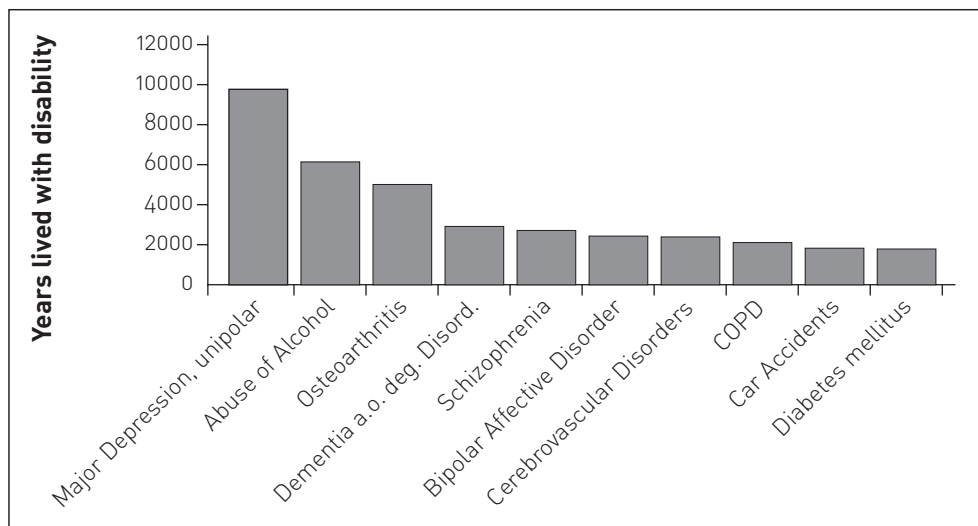
⁶⁰ OMS: *mental well-being*. Le chapitre 4.1.1 approfondit la notion de bien-être.

⁶¹ Illés & Abel (2002, 36).

⁶² Concernant l'épidémiologie psychiatrique, cf. notamment Ajdacic-Gross & Graf (2003) et plus généralement Meyer & Hell (2004) et la bibliographie présentée par ceux-ci.

⁶³ OMS (2001c) et Murray & Lopez (1996).

- Si 1% seulement des décès survenus en l'an 2000 étaient imputables à des troubles psychiques, ceux-ci étaient la cause de 12% des maladies de cette année-là. En 1990, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 10% des «années de vie ajustées sur l'incapacité» (DALY), unité de mesure de l'OMS associant mortalité, morbidité et invalidité.⁶⁴ On prévoit que cette charge pourrait atteindre 15% en 2020.⁶⁵
- Comme le montre la figure 3 **pour 1990, cinq des dix principaux traumatismes et maladies ayant des incidences sur l'espérance de vie étaient de nature psychique dans les pays développés**; cette proportion était même de huit sur dix pour la tranche d'âge des 15 à 44 ans.⁶⁶ Outre les états dépressifs (*dépression unipolaire*⁶⁷), cette catégorie compte les troubles liés à des substances psycho-actives (surtout alcoolodépendance), la schizophrénie, les automutilations, les troubles bipolaires et obsessionnels-compulsifs.

Figure 3Charge globale de morbidité dans les pays développés (1990)⁶⁸

WHO Study «Global Burden of Disease», Murray & Lopez 2001 ©

- Les affections psychiques ont également des répercussions en profondeur et durables en termes de coûts sociaux et économiques. Le coût des problèmes de santé psychique dans le monde varie, selon les estimations, entre 3 et 4% du produit intérieur brut (PIB), dont 2% en moyenne se rapportent aux dépenses de santé.⁶⁹ Cela explique le fossé qui existe entre la prévalence des troubles et des maladies psychiques et les ressources actuellement disponibles pour traiter ces maux.⁷⁰

⁶⁴ Les DALY (*disability-adjusted life-year*) mesurent la charge de morbidité globale en rapprochant, d'une part, les années de vie potentielle perdues par suite d'un décès prématuré (*YLL: years of lost life*), d'autre part les années de vie productive perdues du fait de l'incapacité résultant de la maladie (*YLD: years of life lived with disability*).

⁶⁵ VicHealth (2000).

⁶⁶ Murray & Lopez (1996, Tab. 5.4).

⁶⁷ Contrairement aux troubles affectifs bipolaires qui comptent des épisodes maniaques, la dépression unipolaire ne présente «que» des phases dépressives de durée variable (<http://www.kompetenznetz-depression.de/>). Concernant la classification des dépressions, cf. Möller et al. (2003, 1155ss.).

⁶⁸ Murray & Lopez (1996, Tab. 4.13).

⁶⁹ OMS (2003).

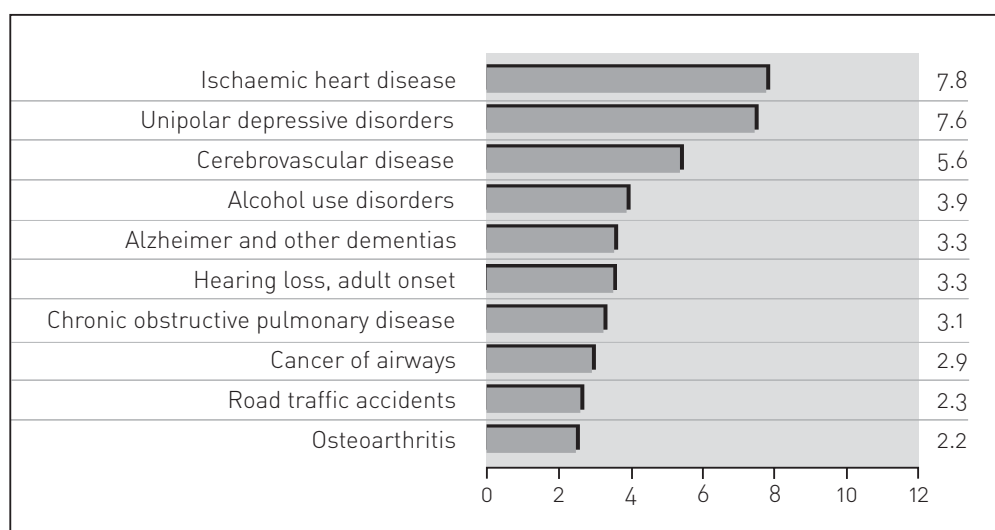
⁷⁰ Cf. OMS & World Federation of Neurology (2004).

2.2.1.2 OMS Région Europe

Les problèmes de santé psychique constituent également un sérieux danger pour la santé publique, pour la qualité de vie et pour l'économie européennes.⁷¹ En 2002, les troubles neuropsychiatriques ont été la cause d'un quart des maladies et des décès prématurés, la dépression unipolaire se situant au deuxième rang des maladies et accidents mortels. D'autres troubles importants d'ordre psychique se manifestent dans l'abus d'alcool, la démence et la surdité, ainsi qu'avec la violence à l'âge adulte (*adult onset*).

Figure 4

Charge de morbidité des 25 pays de l'Union européenne en 2002⁷²



Proportion (%) of burden of disease in the European Union in Disability Adjusted Life Years (DALYs), a measure of ill-health and premature death, by cause.

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (déjà mentionnée au chap. 1.2.3), Helsinki 2005, a dérivé sa déclaration et son plan d'action des faits suivants:⁷³

- Dans la région européenne, les troubles neuropsychiatriques représentent, aujourd'hui déjà, 19,5% de la charge de morbidité; et chaque année environ 30 millions de personnes souffrent d'une grave dépression.
- Pas moins de 40% des années vécues avec une incapacité sont imputables à des troubles neuropsychiatriques.⁷⁴
- Neuf des dix pays présentant les plus hauts taux de suicide dans le monde se trouvent dans la région européenne.
- Les budgets annuels affectés à ce domaine ne représentent cependant que 5,8% des dépenses totales de santé des pays membres de la région européenne de l'OMS.
- Il est très courant dans toute l'Europe que des préjugés se manifestent à l'égard des personnes affectées par des problèmes psychiques.

⁷¹ Jané-Llopis & Anderson (2005, 4).

⁷² Jané-Llopis & Anderson (2005, 4), dont les données sont tirées du *Rapport sur la santé dans le monde 2004* de l'OMS.

⁷³ Selon le rapport de la délégation suisse: Office fédéral de la santé publique (2005); cf. Jané-Llopis & Anderson (2005, 4).

⁷⁴ Ajdacic-Gross & Graf (2003).

2.2.1.3 Union européenne

En prélude à la Conférence d'Helsinki, la Commission de l'UE a publié de volumineux rapports sur l'état de la santé psychique dans tous les pays de l'Union et la Norvège⁷⁵ ainsi que sur les répercussions médicales, sociales et économiques des dépressions. Le rapport, qui a examiné en détail les faits évoqués ci-dessus, constate notamment que

- l'impact économique des dépressions atteint au moins 1% du PIB dans tous les pays de l'UE,
- 60 à 80% des coûts engendrés par les dépressions découlent de la perte de productivité au travail,
- les dépressions sont une des principales causes d'incapacité de travail et de retraite anticipée.⁷⁶

2.2.1.4 Autres chiffres et faits internationaux

Etude *Interheart*

L'étude *Interheart*, une des plus vastes enquêtes menées à ce jour concernant les causes de l'infarctus du myocarde dans le monde, indique que les problèmes émotionnels se situent au troisième rang de ces causes, derrière le tabagisme et les troubles métaboliques (surcharge pondérale).⁷⁷ Dépression et stress psychique, contraintes ou frustrations permanentes, mais aussi un réseau social faible, jouent un rôle déterminant.⁷⁸

Journée mondiale de la santé mentale

Fixée depuis 1992 le 10 octobre de chaque année par la Fédération mondiale pour la santé mentale, cette Journée mondiale a mis l'accent en 2004 sur les liens étroits entre maladies mentales et maladies physiques, constatant entre autres:

- que le stress psychique, les états d'anxiété et les dépressions accroissent de 70% le risque de maladies cardiovasculaires;
- que 25% des personnes atteintes d'un cancer souffrent de dépressions, mais que seules 2% bénéficient d'une aide appropriée à cet égard.⁷⁹

Transmission intergénérationnelle de la maladie (et de la santé)

Il a été abondamment prouvé que la transmission d'une génération à la suivante de troubles psychiques – notamment dépressions et états d'anxiété – est imputable non seulement à des facteurs génétiques et biologiques, mais aussi à leur interaction avec des facteurs de risque psychologiques et sociaux dès la grossesse et durant la petite enfance.⁸⁰ C'est ainsi que les enfants de parents dépressifs voient s'accroître de 50% le risque de développer eux-mêmes des troubles dépressifs avant leur vingtième année.⁸¹

⁷⁵ Commission européenne (2004).

⁷⁶ Commission européenne (2004, 22).

⁷⁷ Lindner (2005) selon *Lancet*, Vol. 364, 937, 953.

⁷⁸ Lindner (2005) selon *Psychosomatische Medizin*, Vol. 65, 201.

⁷⁹ German Network for Mental Health GNMH (2004). Cf. aussi www.wfmh.com et les thèmes des Journées mondiales précédentes et suivante:

1996 *Women and Mental Health*

1997 *Children and Mental Health*

1998 *Mental Health and Human Rights*

1999 *Mental Health and Ageing*

2000–2001 *Mental Health and Work*

2002 *The Effects of Trauma and Violence on Children & Adolescents*

2003 *Emotional and Behavioural Disorders of Children & Adolescents*

2005 *Mental and Physical Health Across the Life Span*

⁸⁰ Doesum et al. (sous presse).

⁸¹ Beardslee W. et al. (1988). Cf. Perrig-Chiello & Höpflinger (2003) et Perrig-Chiello et al. (2001).

2.2.2 Faits et chiffres concernant la santé psychique en Suisse

Les informations de base dont on dispose en Suisse se sont améliorées ces dernières années grâce à la création et aux publications de l'Observatoire suisse de la santé. Plusieurs enquêtes générales ou spécifiques concernant différents groupes de population permettent de décrire la situation qui règne dans le pays en matière de santé psychique. Ces données figurent au chapitre 3.3 avec celles relatives au stress.

2.2.2.1 Etat psychique général⁸²

Vue d'ensemble

Selon l'enquête sur la santé de 2002, 86% de la population en Suisse (84% des femmes et 88% des hommes) se sentent en bonne ou en très bonne santé. Et pas moins de 95% de la population estiment jouir d'un bien-être psychique élevé. Cependant, la transformation toujours plus rapide de la société nuit de plus en plus à la santé psychique et à la qualité de vie, ce qui se traduit depuis des années par une augmentation continue et considérable des traitements psychiatriques ambulatoires et stationnaires.

Les taux d'hospitalisation psychiatrique sont 2,5 fois plus élevés dans les régions zurichoise et lémanique que dans le Mittelland et le Nord-Ouest de la Suisse.

Les femmes considèrent que leur état psychique est moins bon et manifestent davantage d'insatisfaction que les hommes à cet égard. Ceux-ci font plus rarement appel à une aide professionnelle en cas de problèmes psychiques.

Fréquence des troubles psychiques

Selon l'Enquête suisse sur la santé 2002, plus de 6% des 35–64 ans ont passé par le traitement médical d'une dépression nerveuse au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, ou étaient encore en traitement.

Parallèlement à ce qui se passe ailleurs dans le monde et au vu de l'évolution qui a marqué ces dix dernières années, il faut s'attendre en Suisse à une croissance persistante des troubles et des maladies psychiques: leur proportion atteignait 3,9% en 1992, 4,7% en 1997⁸³ et 5% en 2002. Selon une étude de l'Observatoire suisse de la santé, la fréquence des troubles psychiques en Suisse est nettement supérieure à la moyenne internationale:

Environ la moitié des individus formant la population suisse souffrent au moins une fois dans leur vie de troubles mentaux. Les troubles relevant de l'affectivité ou d'états anxieux sont particulièrement fréquents.⁸⁴

Selon la même source, entre 15 et 25% de la population sont touchés deux fois ou davantage par ces troubles au cours de leur existence. Les maladies qui surviennent dans le jeune âge comptent une proportion élevée de comorbidité.

⁸² Le projet pour une stratégie nationale concernant la santé psychique se base sur l'analyse des données disponibles à fin 2003 sur la santé psychiques ainsi que sur l'incidence, la prévalence et les conséquences des troubles psychiques en Suisse: cf. Politique nationale suisse de la santé (2004a, 37–46). D'autres sources utilisées dans ce chapitre sont notamment les résultats de l'Enquête suisse sur la santé effectuée tous les cinq ans: Office fédéral de la statistique (2004b) et Office fédéral de la statistique (2003), Rüesch & Manzoni (2003), Gognalons-Nicolet M. et al. (2001) ainsi que Wyss (2005b).

⁸³ Office fédéral de la statistique (2001, 9).

⁸⁴ Ajdacic-Gross & Graf (2003).

Mortalité

En Suisse comme ailleurs, le taux de mortalité des maladies psychiques est relativement bas. Mais ces maladies constituent un des principaux facteurs de suicide, lequel est particulièrement fréquent en Suisse.⁸⁵ Notre pays occupe à cet égard le neuvième rang dans le monde.⁸⁶ Le **taux de suicide** était de 19 pour 100 000 habitants en 2000, cet acte étant nettement plus fréquent du côté des hommes que chez les femmes. Cela représente quatre décès par jour à la suite d'un suicide. Une comparaison avec d'autres causes montre que les suicides sont plus fréquents que tous les décès provoqués par des accidents de la circulation, par le sida et par les drogues. On estime qu'il y a entre 8000 et 15000 tentatives de suicide par année, commises en majorité par des femmes.⁸⁷

Groupes à risque

Des indicateurs spécifiques montrent que certains groupes de population sont particulièrement vulnérables:

- Les **jeunes entre 15 et 24 ans** se plaignent fréquemment de problèmes psychiques et doivent être considérés comme un groupe à risque.
 - En Suisse romande, 8,6% des femmes de 15 à 24 ans considèrent leur bien-être psychique comme médiocre (cf. plus loin les études *HBSC* et *SMASH*).
 - L'équilibre psychique progresse régulièrement au cours de l'existence; il s'est amélioré par rapport aux enquêtes de 1992 et 1997. Cependant, 28,5% des 15–24 ans et 25,4% des 25–34 ans (hommes et femmes) estiment toujours que leur propre équilibre est faible.
 - La conviction que l'on maîtrise sa vie (qu'on la contrôle) se renforce également au cours de l'existence et se traduit par une amélioration du bien-être psychique. Il est frappant de constater que seulement 30,6% des 15–24 ans, 35,9% des 25–34 ans et 36,7% des 45–54 ans ont le sentiment d'avoir le contrôle sur leur propre existence; 27,2% des femmes de 15–24 ans ont un faible niveau de contrôle, et ce taux atteint même 33,3% au Tessin.
 - Le suicide est la deuxième cause de décès en termes de fréquence chez les 15–24 ans.
- Les **hommes de plus de 50 ans** sont aussi un groupe à risque: ils sont plus nombreux que la moyenne à avoir des problèmes psychiques aboutissant à des incapacités de travail partielles ou totales et à des rentes AI.
- Selon l'Enquête sur la santé 2002, 8,6% des **femmes de 45 à 54 ans** sont particulièrement vulnérables à des troubles et maladies psychiques. Outre la consommation des substances psycho-actives, la **consommation de médicaments** est un important indicateur de santé psychique: la proportion de femmes prenant quotidiennement des somnifères ou des tranquillisants atteint près de 7%, deux fois plus que les hommes.

Répercussions

La **statistique de l'assurance-invalidité (AI)** reflète la dégradation générale de l'état de santé psychique de la population suisse en âge d'exercer une activité lucrative: le nombre de bénéficiaires d'une rente AI a globalement doublé au cours de ces 18 dernières années, tandis que les rentes accordées en raison de syndromes psychiques se multipliaient par le facteur 3,6 au cours de la même période et concernaient 86429 personnes en 2004.⁸⁸ Cette année-là, un tiers des rentes AI octroyées à des hommes l'ont été à cause de troubles psychiques – cette proportion atteignant même 39% du côté féminin.⁸⁹

⁸⁵ Politique nationale suisse de la santé [2004a, 42].

⁸⁶ Office fédéral des assurances sociales [2002]; selon une autre comparaison internationale datant de 1999, la Suisse se situe au 7^e rang sur une liste de 24 pays: Politique nationale suisse de la santé [2004a, 43].

⁸⁷ Politique nationale suisse de la santé [2004a, 43].

⁸⁸ Statistique AI sur l'évolution des maladies psychiques de 1986 à 2004, selon communication de l'OFAS du 27.4.2005. Cf. aussi Priens & Heijdel (2004) comparant Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Canada et Suisse. La Suisse est dans la moyenne concernant le nombre total de bénéficiaires d'une rente en raison d'atteintes psychiques, mais occupe le premier rang pour les nouvelles rentes octroyées au même titre.

⁸⁹ Office fédéral des assurances sociales [2004].

Cette évolution découle elle-même de la détérioration des conditions qui règnent sur le marché du travail et des carences de la politique sociale en Suisse, lesquelles ont entraîné dans les années 1990 une disparité accrue des revenus et le problème de la «nouvelle pauvreté» et des ménages de *working poor* (travailleurs à faible revenu).⁹⁰ Ce phénomène est lui-même accompagné d'une augmentation des problèmes psychiques.

2.3 RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Résumé

Localisation et définition de la notion de santé psychique

- Selon le modèle biopsychosocial de la santé, la santé psychique est avec la santé physique et la santé sociale une des trois dimensions interdépendantes de la santé.
- La santé psychique ne dépend pas exclusivement de facteurs biologiques et psychologiques; c'est un processus complexe qui – outre les dispositions et les comportements personnels – subit l'influence de facteurs sociaux, socio-économiques, culturels et écologiques.

Faits et chiffres

- Partout dans le monde mais surtout dans les pays développés, troubles et syndromes psychiques font partie des maladies les plus répandues et continueront de progresser en l'absence de mesures efficaces. Il y a une étroite corrélation entre maladies mentales et maladies physiques.
- Au sein de l'Union européenne, les troubles neuropsychiatriques – dépressions, troubles liés à l'abus d'alcool, troubles neurodégénératifs de type démence et violence à l'âge adulte – représentent un quart des maladies et des décès prématurés. La charge de morbidité qui en résulte constitue désormais dans tous les pays de l'UE un facteur économique atteignant plusieurs pour cent du PIB.
- Les moyens financiers et les connaissances médicales actuellement disponibles pour les soins et la promotion de la santé ne suffisent pas pour juguler et inverser cette charge croissante.
- La grande majorité des Suissesses et des Suisses estiment jouir d'un bien-être psychique élevé, mais – certains groupes de population souffrent de déséquilibres psychiques qui vont en augmentant, – troubles mentaux et suicides survenant en Suisse dépassent nettement la moyenne internationale. – L'état de santé psychique de la population en âge d'exercer une activité lucrative s'est fortement dégradé: depuis 1986, le nombre de bénéficiaires d'une rente AI a doublé et les rentes accordées en raison de syndromes psychiques ont presque quadruplé.

Conclusions

- L'importance des troubles et des maladies psychiques en termes de santé publique est une chose reconnue sur le plan international comme en Suisse. Mis à part les facteurs biopsychosociaux individuels (p.ex. autonomie, valeurs), la santé psychique se trouve placée sous l'influence positive ou négative de conditions socio-économiques structurelles telles que l'origine sociale et l'éducation, l'activité et le statut professionnels, ainsi que d'aspects institutionnels (accès au système de soins).
- Les pays développés ont également reconnu l'importance croissante que revêt cette charge de morbidité pour leur économie nationale.
- Une efficacité durable dans le domaine de la santé publique requiert, au-delà des services spécialisés, les efforts conjugués d'approches multisectorielles.

⁹⁰ Streuli & Bauer (2001) définissent les *working poor* comme l'intersection entre personnes actives occupées et pauvres, à savoir les personnes effectuant au moins une heure par semaine de travail rémunéré et vivant dans un ménage au-dessous du seuil de pauvreté. On a calculé pour 1999 un taux de *working poor* de 7,5%, soit 190 000 *working poor* à temps complet et 60 000 à temps partiel. La proportion est particulièrement élevée chez les femmes et les personnes de nationalité étrangère. Par ailleurs, familles monoparentales et familles nombreuses sont particulièrement vulnérables à cet égard (ibid.). Cf. aussi Bühler (2004, 7).

3. Stress

Ce chapitre définit dans sa première partie le phénomène du stress en termes scientifiques et décrit sur la base du modèle de Lazarus et al. les agents stressants, le processus d'évolution du stress et ses répercussions. Il expose ensuite les différences qui se manifestent entre les sexes et un modèle du processus de contrainte et de surmenage. La seconde partie est consacrée aux critères internationaux et, surtout, suisses en matière de contextes et de catégories sociales concernant la santé psychique et le stress.⁹¹ Le chapitre s'achève également par un résumé et des conclusions.

3.1 CONCEPT ET DÉFINITION

Le terme de «stress» est utilisé couramment avec des acceptions très diverses, du fait que ce phénomène témoigne de façon frappante des liens complexes et des multiples interactions qui existent entre l'organisme, le psychisme et le milieu ambiant.⁹² Selon la discipline (biologie, médecine, sociologie, psychologie), le terme de stress désigne les facteurs ou sources de stress (stresseurs ou agents stressants), l'ensemble des réactions internes de l'organisme (stress), la réaction comportementale de la personne (processus d'évolution du stress) ou les conséquences du stress.

Ce terme vient de l'anglais *stress* (pression, contrainte), lui-même dérivé de *distress* (douleur, chagrin, affliction).⁹³ En physique notamment, il désignait à l'origine contrainte, effort, sollicitation des matériaux.⁹⁴ Par la suite, la définition donnée par Selye qui considérait le stress comme une «réaction non spécifique de l'organisme à toute sollicitation» a été très utilisée dans le monde médical en particulier.⁹⁵ Dans les sciences sociales, où l'on se préoccupe de santé publique, le stress se définit comme

«une contrainte émotionnellement négative, vécue comme désagréable, découlant d'une disparité entre les exigences de la situation ou les moyens offerts par celle-ci et ses propres moyens d'agir ou ses besoins, ce qui est ressenti comme une menace pour le bien-être personnel.»⁹⁶

⁹¹ On trouve des aperçus concis des principaux aspects du stress p.ex. chez Schwenkmezger & Schmidt (1994, cf. répertoire) et Kaluza (2003). Le Canton de Genève a publié une bonne vue d'ensemble: Office Cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT (sans année). Zapf & Semmer (2004) présente les recherches récentes en allemand sur ce sujet, Neboit & Vézina (2002) sur les travaux publiés en français, et Jones & Bright (2001) sur la recherche anglophone.

⁹² Cf. Lattmann & Rüedi (2003, 85).

⁹³ Le Robert & Collins (1993).

⁹⁴ Dr.-Ing. Richard Ernst, Dictionnaire général de la technique industrielle, Tome X, Anglais-Français (1984).

⁹⁵ Selye (1957).

⁹⁶ Semmer (1997). Cf. Bamberg et al. (2003, 42) «Le phénomène du stress n'est pas imputable uniquement à des facteurs situationnels ou personnels. Au départ, il y a surtout la relation entre exigences et possibilités inhérentes à la situation d'une part, moyens d'agir (ressources physiques, cognitives, affectives, motivation) de la personne concernée d'autre part. Les conditions situationnelles et personnelles interagissent. Stresseurs et ressources influencent les processus d'évaluation et de contrôle, lesquels ont eux-mêmes des effets sur la santé; il en résulte des rétroactions sur les contraintes et les ressources, donc sur la situation à l'origine du stress et sur les capacités d'agir de la personne. Contraintes et ressources, processus d'évaluation et de contrôle, santé sont perpétuellement en mouvement».

Le stress est donc 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 et social.⁹⁷ Ce déséquilibre résulte en règle générale d'un **surmenage**⁹⁸ ou d'une **sollicitation excessive**, mais peut aussi témoigner d'une **sous-sollicitation** (p.ex. monotonie, ennui). Etant donné la situation prédominante dans la société contemporaine, on considère aujourd'hui que le stress est principalement – sinon exclusivement – un phénomène négatif, potentiellement pathogène. Mais sollicitations, pressions ou contraintes ne rendent pas automatiquement malade. S'il y a des ressources internes et externes adéquates pour affronter les exigences et les fardeaux de l'existence, ce qui permet de surmonter le stress – donc de renforcer, de maintenir ou de rétablir l'équilibre – on parlera d'un **défi**⁹⁹ positif à relever. Les défis sont le moteur du développement, donc une nécessité de la vie.¹⁰⁰ Les exigences et les contraintes qui en découlent ne sont pas mauvaises a priori, mais une condition fondamentale de la vie qui suscite motivation, activité, performances et, en fin de compte, justification de l'existence, satisfaction et bien-être psychique.¹⁰¹

Dans une perspective systémique, il convient de remarquer que le stress (sur- ou sous-sollicitation) n'est pas une notion exclusivement liée à l'individu; cela peut concerner tout un système ou cadre de vie – par exemple sphère privée ou monde professionnel.

3.2 MODÈLE DE BASE SELON LAZARUS ET AL.

Pour décrire comment le stress agit, on distinguera ci-après les stressseurs à effet déclenchant, le processus d'évolution du stress et les conséquences du stress – tout en soulignant l'importance de l'adaptation au stress (*coping*). Puis on présentera les principales différences qui se manifestent entre les sexes ainsi qu'un modèle de référence.

3.2.1 Stressseurs

Le processus évolutif du stress est déclenché par toutes sortes de facteurs, appelés stressseurs ou agents stressants. De même que le stress est subjectivement perçu comme un phénomène indésirable et qu'il constitue une agression potentiellement traumatisante, la littérature scientifique appelle «stressseurs» (facteurs de stress, causes du stress) les exigences ou sollicitations potentiellement pathogènes. Il y a différentes catégories de stressseurs, dont le tableau 1 donne quelques exemples:¹⁰²

⁹⁷ Cf. Schmitzer (2003) ainsi que Jerusalem (1990, 4), cité in Lattmann & Rüedi (2003, 86): Le stress se manifeste «quand un déséquilibre survient entre les exigences perçues et les aptitudes subjectives, de sorte que le contrôle de la situation paraît compromis aux yeux de la personne concernée. (...) Le stress est ainsi le résultat de processus complexes d'évaluation subjective portant sur les objectifs personnels, les actions envisageables et les circonstances à affronter. L'intensité du stress vécu augmente parallèlement au niveau subjectif des exigences par rapport à ses propres capacités, et parallèlement aux conséquences personnelles que l'on suppose.»

⁹⁸ Cf. pour l'allemand les notions de «Überforderung» chez Padlina et al. (1999) et de «Belastung» chez Bamberg et al. (2003).

⁹⁹ Cf. l'anglicisme *challenge*.

¹⁰⁰ Cf. Bamberg et al. (2003, 13): «Les risques d'une existence sans stress seraient un champ d'expériences diminué, l'absence de stimulations, l'étiollement de l'aptitude à apprendre.»

¹⁰¹ Cf. la définition neutre de la contrainte ou sollicitation psychique donnée par Greif et al. (1991, 4), citée in Bamberg et al. (2003, 37): la contrainte psychique est «l'ensemble des influences perceptibles venant de l'extérieur et exerçant un effet psychique sur l'être humain.» La sollicitation psychique est «l'effet individuel, immédiat et peu durable de la contrainte psychique sur l'être humain, en relation avec les circonstances personnelles et l'état de celui-ci.»

¹⁰² Reprise et extension d'un tableau in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 19).

Tableau 1

Catégories de stressseurs et exemples

Tracas quotidiens et stressseurs physico-sensoriels	<ul style="list-style-type: none"> • agitation • agendas surchargés et horaires serrés¹⁰³ • bruit • monotonie • absence de stimulations
Stresseurs physiques	<ul style="list-style-type: none"> • violences subies • blessures • douleurs • faim • handicap
Stresseurs relatifs aux performances personnelles	<ul style="list-style-type: none"> • sur- et sous-sollicitation • innovations incessantes (technologisation, virtualisation)
Stresseurs psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> • médiocre estime de soi • manque de contrôle sur sa vie professionnelle et privée • manque d'assurance • états d'anxiété • harcèlement professionnel, intimidation (<i>mobbing/bullying</i>) • isolement • harcèlement sexuel • conflits personnels, querelles et grosses déceptions ou vexations par des proches¹⁰⁴ • crises familiales et personnelles
Stresseurs socio-économiques (indirects)	<ul style="list-style-type: none"> • faible niveau de formation • faible revenu • pauvreté
Événements éprouvants et critiques de l'existence	<ul style="list-style-type: none"> • perte de proches • séparation et divorce • perte de fonctions importantes au travail • limitations subites de la santé et de la capacité de travail
Tensions et difficultés chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • «petits» tracas quotidiens (<i>daily hassles</i> ou microstressseurs) • conflits de rôles au travail et dans la famille • surcharge de travail • problèmes de compatibilité entre profession et vie familiale/privée¹⁰⁵ • maladie de longue durée • soins à des proches malades chroniques
Transitions biographiques recelant des crises potentielles	<ul style="list-style-type: none"> • puberté, adolescence, début de l'âge adulte • ménopause, changements hormonaux chez l'homme • (re)commencement ou interruption de la carrière professionnelle • début de chômage ou de la retraite

¹⁰³ Concernant les effets des agendas surchargés et des horaires serrés, cf. p.ex. Roxburgh (2004).

¹⁰⁴ Cf. Meyer (2000, 156f.).

¹⁰⁵ Les facteurs de stress inhérents à un manque de *life balance* (cf. chap. 3.3.8) sont d'une part le nombre d'enfants mineurs que compte le ménage, d'autre part des paramètres professionnels – degré d'occupation, horaire hebdomadaire, longueur ou durée du trajet pour se rendre au travail: Hämmig & Bauer (2004, 119).

Des paramètres importants d'un état de stress sont l'intensité et la durée des stressors ainsi que l'accumulation de ceux-ci. En relation avec les événements pénibles et critiques de l'existence et avec les situations impliquant plusieurs agents stressants, on fait la distinction entre **stress aigu** et **stress chronique**.¹⁰⁶

3.2.2 Processus évolutif du stress

Il convient de distinguer dans le processus évolutif du stress le niveau physiologique, le niveau psychosomatique et psychosocial et le niveau psychologique – donc les réactions physiques et psychosomatiques d'une part, la manière dont on surmonte et gère le stress (*coping*) sur le plan psychique d'autre part.

3.2.2.1 Le niveau physiologique

Sur le plan physiologique, le processus évolutif du stress est une adaptation de l'organisme à des nécessités extérieures et intérieures. Les phénomènes de régulation neuroendocriniens déclenchés par ce processus ont été bien étudiés; ils concernent le système nerveux, le système hormonal et le système immunitaire. Contrairement aux réactions psychologiques, les réactions physiologiques au stress se déroulent indépendamment des stressors et du sexe, selon un schéma complexe qui reste toujours identique.¹⁰⁷ L'hypothalamus conduit la médullosurrénale à sécréter, notamment, de l'adrénaline et de la noradrénaline. La fréquence cardiaque s'accélère et la tension augmente, le cerveau et les muscles striés sont mieux alimentés en oxygène, et le taux de sucre dans le sang s'élève également. Une seconde chaîne part de l'hypothalamus qui incite le lobe antérieur de l'hypophyse à sécréter l'hormone adrénocorticotrope, laquelle active elle-même la production de corticoïdes par les glandes surrénales. Cela stimule l'aptitude à agir et mobilise des réserves, tout en inhibant les processus de développement, la fonction sexuelle ou la défense contre les processus inflammatoires.¹⁰⁸

3.2.2.2 Le niveau psychosomatique et psychosocial

L'être humain réagit aux épreuves de façon «globale». Outre les processus organiques évoqués ci-dessus, on observe à divers niveaux les réactions suivantes:¹⁰⁹

- muscles: p.ex. tremblements, expression figée, poings serrés, tensions,
- système neurovégétatif: p.ex. sueurs, tachycardie, rougissement,
- niveau cognitif-émotionnel: p.ex. perte de concentration, peur, colère, état dépressif,
- niveau comportemental: p.ex. travail précipité et acharné, irritabilité, relations conflictuelles avec d'autres personnes, consommation de substances psycho-actives, insomnies.

3.2.2.3 Le niveau psychologique, adaptation ou *coping*

C'est à ce niveau décisif en termes de gestion du stress qu'intervient le modèle transactionnel et cognitif de Lazarus et al.¹¹⁰ Il part d'un processus d'interaction et de confrontation active entre la personne et la situation ou le milieu ambiant. Comme le montre la figure 5, l'essentiel est ici un processus d'analyse et d'interprétation qui se réalise en deux étapes – la première pour juger de l'impact et de la menace qu'il s'agit d'affronter, la seconde pour évaluer ses aptitudes et les moyens que l'on a de surmonter ce stress ou de s'y adapter (*coping*).

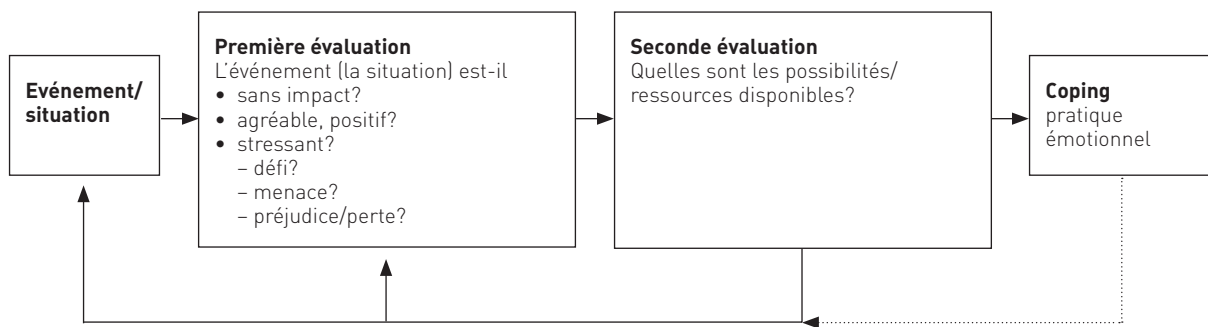
¹⁰⁶ Semmer (1997).

¹⁰⁷ Vester (1997, 46).

¹⁰⁸ Semmer (1997); cf. Lattmann & Rüedi (2003).

¹⁰⁹ D'après Lattmann & Rüedi (2003, 82f.).

¹¹⁰ Lazarus & Folkman (1984).

Figure 5Le modèle cognitif et transactionnel de Lazarus¹¹¹

Udris fait du processus d'adaptation (*coping*) la description suivante:

«Je perçois une certaine situation, l'évalue par rapport à mes émotions, à mes idées, à mes possibilités de la maîtriser et à mes objectifs, je choisis un certain comportement, passe en revue mes ressources psychiques et externes, vérifie si je suis à même de contrôler cette situation, et agis. Mon action modifie elle-même la situation.»¹¹²

Adaptation (*coping*)

Comme l'être humain n'est pas simplement exposé de façon passive à ce qui lui arrive, qu'il peut affronter activement les événements, le processus d'adaptation ou *coping* revêt une importance centrale. Le terme de *coping*¹¹³ désigne la tentative réussie ou manquée d'atténuer, de changer, d'éviter une situation de stress ou d'y mettre fin en recourant à diverses stratégies.

Classifications du *coping*

La distinction la plus courante oppose l'adaptation au problème à celle qui consiste à gérer les émotions.

Le *coping* axé sur le problème ou instrumental vise à modifier ou réinterpréter la situation ou les causes du problème, par exemple en acquérant de nouvelles compétences. Le ***coping* émotionnel** ou palliatif se focalise sur les émotions suscitées par la situation, par exemple en recherchant détente, diversion, mouvement, en parlant de ses émotions, en exprimant sa colère contre autrui.

D'autres distinctions opposent diversion et attention, méthodes cognitives et comportementales, ainsi que formes d'adaptation agissantes et intrapsychiques ou actives et passives.¹¹⁴

Une étude nationale transversale comparant les stratégies d'adaptation de 40–45 ans (transition de la quarantaine) à celles de 50–55 ans face aux étapes critiques de l'existence, aboutit aux résultats suivants.¹¹⁵ Les deux groupes d'âge adoptent à une fréquence comparable des stratégies analogues pour surmonter une expérience grave: plus d'un tiers mentionnent la réflexion personnelle (38%) et font appel à une assistance sociale (34%), tandis que le recours à des manœuvres de défense (2%), la recherche de satisfactions compensatoires (2%) ou la consolation par la religion et le fatalisme (3%) sont plutôt rares. Hommes et femmes ne se différencient ici de façon significative que dans l'usage d'une stratégie: une réévaluation positive de soi-même est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Le *coping* utilisé dépend beaucoup de la situation. On recourt plutôt à des méthodes axées sur le problème lorsqu'il est possible d'agir sur la situation, et plutôt à un ajustement émotionnel dans les situa-

¹¹¹ Présentation simplifiée de U.P. Lattmann. Cf. la présentation détaillée in Lattmann & Rüedi (2003, 98).

¹¹² Udris (1992a).

¹¹³ Ce passage se réfère principalement à Zapf & Semmer (2004, chap. 5.3).

¹¹⁴ Cf. Kaluza (2003, 350ss.) et Grob & Jaschinski (2003, 129). Le chap. 4.3.2 présente divers exemples d'aptitudes à affronter activement le stress.

¹¹⁵ Perrig-Chiello et al. (2001, 97).

tions sur lesquelles on n'a aucune prise. Par ailleurs, il y a des **styles** d'adaptation typiques d'un caractère donné. Par exemple une personne extravertie et positive tend à rechercher un soutien social. Dans l'étude nationale citée plus haut, les personnes interrogées (femmes et hommes) d'âge moyen adoptaient beaucoup plus souvent les styles d'adaptation «action» (61%) et «cognition» (55%) plutôt que gestion émotionnelle (29%), recours à une consolation idéologique (11%) ou perte de contrôle émotionnel (9%).¹¹⁶

La perception du stress ainsi que les stratégies ou styles d'adaptation dépendent eux-mêmes des facteurs de soulagement ou **ressources** disponibles.¹¹⁷ On fait ici la distinction entre:

- ressources situationnelles (extérieures) incluant la liberté d'action disponible, soit la possibilité d'influencer la situation selon ses propres idées (depuis la cadence de travail jusqu'à la menace de quitter son emploi en cas de conduite injuste des supérieurs hiérarchiques), ainsi qu'appui social et affectif par des personnes de l'entourage professionnel.
- ressources personnelles (intérieures): bon état de santé, optimisme, confiance en soi, qualifications professionnelles et sociales, renforcées ou développées par la formation continue.¹¹⁸

Efficacité de l'adaptation

Le *coping* axé sur la résolution des problèmes est particulièrement efficace dans une situation maîtrisable; tandis que des stratégies d'esquive systématique renforcent la corrélation entre stressseurs et état subjectif. Il peut en revanche s'avérer utile de ne pas affronter immédiatement un problème au travail, pour se donner par exemple le temps de réfléchir à sa solution durant le temps libre.

Les recherches sur le *coping* émotionnel ont révélé que cette forme d'adaptation donne des résultats médiocres; mais on a souvent confondu ici des symptômes de stress avec des tentatives d'adaptation. L'adaptation par une approche émotionnelle (*coping by emotional approach*, exprimer et digérer ses émotions), c'est-à-dire par la régulation des émotions et par une communication constructive sur celles-ci, semble utile, pour les femmes tout au moins. Cette stratégie apparaît aussi comme judicieuse dans les situations difficilement contrôlables et en cas de forte émotion.

Les effets obtenus seront particulièrement bénéfiques lorsque des compétences se combinent à plusieurs niveaux:¹¹⁹

- adaptation physique,
- adaptation cognitive-intellectuelle (capacité d'apprendre, comportement adapté au milieu, orientation comportementale),
- adaptation psychique-émotionnelle (aptitude à reconnaître ses propres besoins et sentiments, à les exprimer et à les traduire par un comportement social approprié),
- adaptation sociale (établir des relations, les entretenir, les développer, etc.).

Coût du *coping*

Même réussie, l'adaptation au stress a un coût. Les efforts d'adaptation peuvent porter atteinte aux processus d'autorégulation. Le fait de ne pas atteindre certains objectifs ou de les revoir durablement à la baisse peut avoir un effet débilant sur sa propre identité et aboutir à une «satisfaction résignée au travail», associée à du ressentiment (*resentful adaptation*).

3.2.2.4 Caractéristiques individuelles de résistance au stress

Outre la situation et les conditions ambiantes dans un sens large, le caractère de la personne concernée joue un rôle important dans le processus évolutif du stress. Semmer résume ainsi les caractéristiques des personnes capables de bien gérer le stress:

- Elles interprètent leur environnement de manière foncièrement positive; dans le doute, elles pensent que les choses tourneront bien (optimisme), que les autres gens sont bien disposés à leur égard (confiance, obligeance).

¹¹⁶ Perrig-Chiello et al. (2001, 98).

¹¹⁷ Semmer & Udris (2004).

¹¹⁸ Cf. Udris & Frese (1999, 433ss.), qui font des distinctions analogues entre conditions de travail éprouvantes et agréables et entre ressources intérieures et extérieures.

¹¹⁹ Hurrelmann (2003, 53) d'après Jessor (1977).

- Elles considèrent les erreurs et les revers comme des incidents normaux, non comme des signes de leur incapacité ou les manifestations d'un monde essentiellement mauvais.
- Elles perçoivent le monde comme modelable (contrôle interne) et se considèrent elles-mêmes comme capables d'exercer une influence sur le cours des choses (efficacité individuelle).
- Elle font preuve de stabilité émotionnelle.
- Les personnes portées à attaquer de front les problèmes et les situations de stress sont moins pénalisées en termes de *coping*. Mais ce n'est pas que l'on doit toujours agir: il est tout aussi important de reconnaître les situations ou leurs aspects que l'on ne peut pas influencer, et d'y réagir plutôt par des stratégies d'adaptation intrapsychique, émotionnelle.
- C'est pourquoi le comportement le plus sain est celui d'une adaptation en souplesse à la situation que l'on affronte. Ce qui est déterminant ici, c'est l'aptitude à faire concorder le diagnostic de la situation et le comportement que celle-ci appelle.

3.2.3 Conséquences du stress¹²⁰

Dans des situations de stress caractérisé, tout l'organisme se prépare à l'alternative «combattre ou fuir». Ce modèle de réactions remonte à une phase primitive de l'évolution humaine et faisait partie de l'instinct de survie; mais il n'est plus guère adapté aux nombreuses épreuves que doit affronter l'homme contemporain. L'énergie ainsi mobilisée n'est pas utilisée, et l'excitation n'est pas, ou insuffisamment, dissipée. Cela signifie que si l'on ne parvient pas à surmonter le stress, si l'on ne dispose pas des possibilités et des aptitudes nécessaires pour y faire face dans la société actuelle, ce phénomène a inéluctablement des conséquences plus ou moins graves.

Les suites possibles et courantes du stress sont, entre autres, une vulnérabilité accrue à toutes sortes d'affections – maladies cardiovasculaires, problèmes de digestion, surpoids, douleurs musculaires et dorsales, mais aussi troubles du sommeil et de la fonction sexuelle, difficultés de concentration et de mémoire. Un **stress persistant lié à des difficultés accumulées** constitue un sérieux danger pour la santé psychique. De nombreuses études ont montré que des angoisses incessantes, le manque d'assurance, une piètre estime de soi, l'isolement social et le manque de contrôle sur sa vie professionnelle et privée ont des répercussions considérables sur la santé.¹²¹ Il est fréquent que ce genre de risques s'accumulent au cours de l'existence, accroissant ainsi les probabilités d'une mauvaise santé psychique et d'une mort prématurée. De longues périodes d'anxiété et d'incertitude ainsi que le manque d'amitiés et de soutien ont des retentissements sur tous les domaines de l'existence. Ces problèmes surviennent d'autant plus fréquemment si le statut socio-économique est modeste. Lorsqu'elles persistent ou sont récurrentes, les difficultés psychiques et sociales se manifestent souvent par des maladies organiques et des comportements à risque (p.ex. tabagisme, alcoolisme, mauvaises habitudes alimentaires, manque d'exercice physique).¹²²

Mais le poids du fardeau à supporter ne reste uniforme ni subjectivement, ni objectivement au cours des diverses phases de l'existence. Une méta-analyse américaine sur la relation entre **âge et stress général** a pour résultat une courbe en U: ce sont les jeunes adultes qui subissent la plus forte charge de stress, lequel diminue ensuite dans des proportions relativement fortes pour reprendre une valeur moyenne à partir de la soixantaine environ.¹²³ L'accalmie résulte de l'apaisement des soucis financiers et des doutes existentiels, tandis que les problèmes de santé survenant dans la seconde moitié de la vie inversent cette tendance. Chez les personnes âgées, on observe des corrélations entre recrudescence générale du stress et, notamment, faible niveau de formation et statut de retraité.

¹²⁰ D'après Semmer (1997).

¹²¹ Cf. chapitre consacré au stress in: Wilkinson & Marmot (2003, 12ss.) auquel nous nous référons ici, ainsi que p.ex. Marmot & Stansfeld (2002) et la citation de Wilkinson & Marmot au chap. 3.3.1.

¹²² Kaluza (2003, 343f.).

¹²³ Cf. Schieman et al. (2001, Tab. 4). Les données proviennent de la *General Social Survey* de 1998. L'analyse de la *General Social Survey* de 1996 concernant la dépression donne une courbe analogue (ibid., Tab. 3). Cf. Kuhlmeier (2003) concernant les biographies masculines et féminines en matière de santé, et Perrig-Chiello & Höpflinger (2003) pour les divers âges de la vie.

Les conséquences du stress ou **indicateurs de contraintes** et réactions de stress ont été bien étudiées dans le cadre du travail¹²⁴ et ces résultats s'appliquent également aux répercussions du surmenage dans d'autres champs d'activité tels que le travail bénévole ou les soins donnés dans la sphère privée:

1. Quantité d'études indiquent une corrélation entre état psychique et stressés. Cela va de formes modérées (p.ex. activité professionnelle médiocrement satisfaisante) jusqu'au syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*, cf. ci-dessous) et à la morbidité psychiatrique.
2. Sur le plan physique on parle en général de mortalité et de morbidité (maladies cardiovasculaires, ulcères d'estomac), mais aussi de facteurs de risque tels que hypertension artérielle ou atteintes au système immunitaire. Il a été abondamment prouvé par exemple que le stress au travail est un facteur de risque dans le domaine des maladies cardiovasculaires.
3. En ce qui concerne les comportements individuels et sociaux, on a observé des corrélations entre situation au travail d'une part, tabagisme, risques d'accident et performances d'autre part; et – dans le contexte de l'entreprise – absentéisme, fréquence des vols, agressivité ou velléités de démissionner.
4. Les réactions de stress décrites ci-dessus se prolongent souvent en un processus de défoulement (*unwinding*) de durée variable au-delà de la cause initiale, entraînant un «transfert» dans d'autres situations.¹²⁵
5. Il ne faut pas négliger enfin les conséquences des efforts fournis pour s'adapter au stress (*coping*). Un surmenage permanent peut porter gravement préjudice à la capacité de travail et engendrer de sérieux problèmes. Lorsque les façons d'agir changent sous l'effet du stress – notamment sous forme de simplifications au mépris des règles de sécurité –, cela peut coûter cher à l'entreprise aussi bien qu'à la personne concernée et à la collectivité.

Quatre conditions différentes conduisent le stress à produire des effets durables, la troisième s'appliquant plus particulièrement au contexte de l'entreprise:

1. La situation de stress est chronique;
2. l'adaptation est difficile du fait que la situation exige une attention et des efforts continuels;
3. ne pas satisfaire les exigences a des conséquences graves;
4. les problèmes se propagent à d'autres domaine de l'existence, de sorte que leurs effets s'accumulent.¹²⁶

Syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*)

Une conséquence particulière du stress chronique ou permanent est le syndrome de *burnout*, un état d'épuisement psychologique, de dépersonnalisation et de capacité de travail réduite. Ce syndrome est bien connu et étudié dans le domaine des entreprises, surtout pour les établissements de soins¹²⁷ et le contexte pédagogique¹²⁸. Ce phénomène est toutefois courant non seulement dans de nombreuses professions, mais aussi dans d'autres contextes comportant des stress multiples.¹²⁹

3.2.4 Stress et sexe

Il est connu que les femmes (et les filles) souffrent plus fréquemment de troubles psychiques et ressentent davantage de stress que les hommes (et les garçons). L'explication de ce phénomène, c'est que les femmes ont un plus grand sentiment de responsabilité à l'égard de leurs enfants, de leur mari et de leurs amis, et qu'elles sont plus fortement – plus négativement – affectées par les événements relevant des relations humaines.¹³⁰ Les hommes, de leur côté, subissent davantage de stress dans la sphère professionnelle.¹³¹ Les femmes dont le ménage bénéficie d'un revenu élevé manifestent un meilleur bien-être que celles disposant d'un faible revenu, tandis que chez les hommes on constate une corrélation avec le

¹²⁴ Udris & Frese (1999, 432).

¹²⁵ Cf. p.ex. «Der lange Arm der Erwerbstätigkeit» in: Semmer & Udris (2004, 185ff.).

¹²⁶ Kasl (1992).

¹²⁷ Cf. p.ex. Killmer (1999), Domnowski (1999) et Aries & I. Zuppiger Ritter (1999).

¹²⁸ P.ex. Hedderich (1997).

¹²⁹ Cf. Burisch (1994). Etudes sur le stress chez le personnel de nettoyage et les vétérinaires, cf. Nolting et al. (sans année a) et Nolting et al. (sans année b).

¹³⁰ Solomon & Rothblum (1986, 203).

¹³¹ Cf. Rüesch & Manzoni (2003, 24f.).

niveau de formation.¹³² Par ailleurs, les femmes sont sensibles en principe aux mêmes stressseurs que les hommes; mais elles manifestent d'autres réactions psychologiques et d'autres répercussions. Les particularités de leur socialisation font que les femmes tendent à «surcontrôler» leurs réactions sous forme de passivité et de dépression, tandis que les hommes «sous-contrôlent» et se comportent de façon agressive et «hyperactive»¹³³. En conséquence, les femmes confrontées au stress adoptent plutôt des stratégies palliatives (esquiver les problèmes, les ignorer de façon sélective).¹³⁴

Pour ce qui est des symptômes physiques de stress, les femmes ont tendance à souffrir de maux non spécifiques tels que migraines, refroidissements, maux de gorge et douleurs dorsales. Les hommes, par contre, restent en tête des statistiques pour les maladies dont le stress est un cofacteur: attaques cérébrales, infarctus du myocarde, hypertension, lésions à la colonne vertébrale, cancer du poumon.¹³⁵

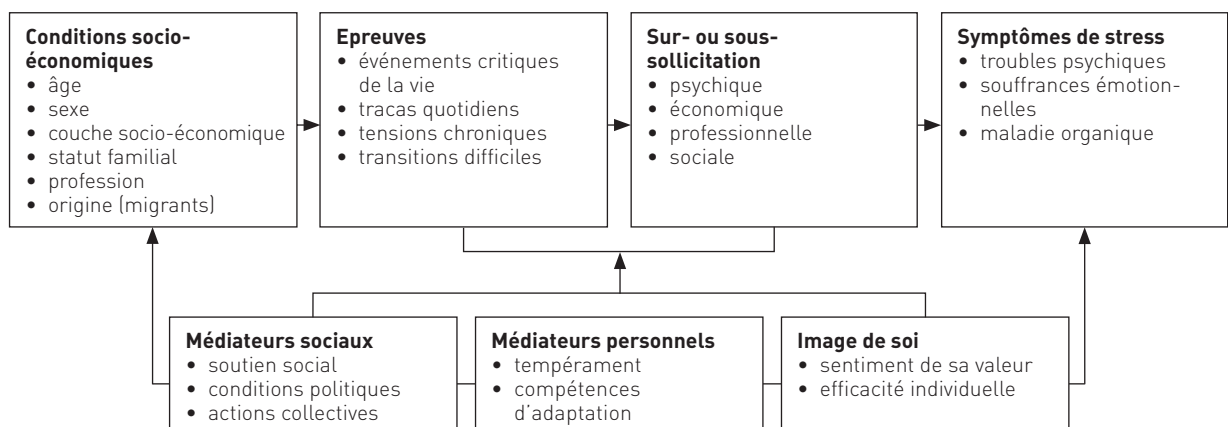
Les filles et les jeunes femmes (12 à 20 ans) représentent un groupe à risque face au stress.¹³⁶ Outre leur sensibilité particulière et des symptômes très manifestes, elles recourent à des schémas d'adaptation peu appropriés: elles recherchent bien le soutien de leur entourage, mais rarement des moyens de résoudre leurs problèmes; les stratégies utilisées sont plutôt «diversion» et «minimisation». D'autre part, elles adoptent souvent des stratégies qui aggravent le stress – abstention passive, rumination des problèmes, résignation et agressivité.

3.2.5 Modèle du processus de stress-surmenage

Le modèle de Leonard I. Pearlin présenté ci-dessous peut servir de référence générale (indépendante du contexte) du fait qu'il intègre plusieurs mécanismes de stress dont la plupart ont déjà été évoqués ici.¹³⁷ Ce modèle prend en considération non seulement les points de vue médicaux et psychologiques, mais aussi les aspects sociaux et économiques qu'il prend comme points de départ. Les facteurs de tension nerveuse ou stressseurs et les situations de sur- ou de sous-sollicitation peuvent engendrer des symptômes de stress. Ce sont les médiateurs sociaux – activités de politique sociale ou actions collectives – et les médiateurs personnels – tempérament, capacité d'adaptation et image de soi-même – qui déterminent si ces symptômes se manifesteront.

Figure 6

Modèle du processus de stress-surmenage¹³⁸



¹³² Lamprecht et al. (2005, chap. 5.2).

¹³³ Harss & Maier (1992, 21ff.).

¹³⁴ Solomon & Rothblum (1986, 203).

¹³⁵ Harss & Maier (1992, 24ff.). Concernant ce chapitre cf. aussi www.genderhealth.ch ainsi que Maschewsky-Schneider (2004), Hibbard & Pope (1987), Meisenhelder (1986) et Frankenhaeuser (1991).

¹³⁶ Hampel & Petermann (2001, 144).

¹³⁷ On trouve la description des contraintes-sollicitations dans le contexte de l'entreprise p.ex. in: Luczak & Volpert (1997, chap. 4.1.5).

¹³⁸ Modèle de Pearlin complété in: Hurrelmann (2003, 54).

3.3 FAITS ET CHIFFRES PAR GROUPES DE POPULATION CONCERNANT SANTÉ PSYCHIQUE ET STRESS

Afin d'assurer une bonne vue d'ensemble, ce chapitre regroupe les données relatives au stress avec celles de la santé psychique sous les différents contextes et groupes de population choisis. Les données générales et celles qui concernent spécifiquement le stress sont présentées autant que possible séparément. Le tableau ainsi brossé doit mettre en évidence les besoins et les interventions qui se justifient dans certains contextes, pour divers groupes cibles et sur un certain nombre de thèmes spécifiques. Le chapitre commence par situer l'importance des contextes et des groupes de population pour une approche axée sur la santé publique, présente un tableau synoptique et évoque le problème transversal de la violence. Il s'achève par une description des répercussions sur la santé qu'ont les problèmes de compatibilité entre vie professionnelle et famille ou vie privée.

3.3.1 Contextes et groupes de population

Comme le laissent deviner les faits généraux présentés au chapitre 2.2, les troubles psychiques – et certaines des maladies dues au stress – sont un phénomène universel qui peut frapper n'importe qui dans le monde, dans tout pays ou société, à tout âge, hommes ou femmes, pauvres ou riches, ruraux ou citadins. Cependant, de nombreuses études internationales et suisses prouvent que certains **groupes de population** – enfants et adolescents,¹³⁹ personnes seules et âgées, chômeurs, personnes au bas de l'échelle socio-économique, migrants¹⁴⁰ – présentent une fragilité particulière sur le plan de la santé psychique, qu'ils sont *vulnérables*.¹⁴¹ Cela inclut également les personnes stressées sur plusieurs plans, les femmes¹⁴² étant dans presque tous les groupes davantage menacées, éprouvées ou défavorisées que les hommes (cf. chap. 3.3.8).¹⁴³ On constate dans toutes les catégories de population que les **transitions**¹⁴⁴ entre deux phases de vie et les **événements critiques** de l'existence¹⁴⁵ sont stressants à divers égards; les personnes jeunes témoignent plus souvent des problèmes que posent les événements critiques.¹⁴⁶

D'autres paramètres importants de la santé psychique d'une société dans son ensemble et de certains groupes de population en particulier sont les **valeurs sociales et culturelles** qui font référence dans cette société, ainsi que la **transformation toujours plus rapide** de ces valeurs et les changements continus des conditions de vie et de travail que cela implique.¹⁴⁷ Les phénomènes d'individualisation¹⁴⁸ et de globalisation rendent la vie plus complexe dans pratiquement tous les pays et tous les domaines de l'existence, et confrontent l'individu à des défis crois-

¹³⁹ OMS (2005b, 7ss.).

¹⁴⁰ OMS (1996).

¹⁴¹ Cf. p.ex. Commission européenne (2004, 64ss.).

¹⁴² P.ex. OMS (2000a) et OMS (2005a): Concernant les causes de mauvaise santé psychique chez les femmes, on s'intéresse désormais moins aux paramètres individuels et relevant du mode de vie pour se concentrer sur les facteurs généraux, économiques, juridiques et inhérents au milieu ambiant.

¹⁴³ Cf. Suter et al. (2004).

¹⁴⁴ Exemples de transitions: passages de la famille à l'école, de l'école à l'apprentissage, de l'apprentissage à l'activité professionnelle, du couple à la famille, de l'activité professionnelle au chômage ou à la retraite. Cf. Perrig-Chiello (2004), Perrig-Chiello & Stähelin (2004b) et Schwenkmezger & Schmidt (1994, chap. 3.8).

¹⁴⁵ P.ex. perte d'un proche, changement d'état civil (notamment séparation et divorce), violence physique et psychique, y compris conflits politiques et faits de guerre, maladie ou accident, changement d'employeur ou de métier. Concernant l'épidémiologie cf. Meyer (2000, 156ss.).

¹⁴⁶ Rüesch & Manzoni (2003, 26).

¹⁴⁷ Cf. p.ex. Suter et al. (2004, 65f.).

¹⁴⁸ Lamprecht et al. (2005, chap. 2.3) définit l'individualisation comme «le fait pour un individu de se détacher des relations sociales traditionnelles». Cf. Grob (1999, 251) disant que l'attention centrée sur soi-même constitue une étape vers la modernité, lorsqu'une société apparaît comme équitable au moment où elle autorise l'individualisation, qui se place alors au cœur des valeurs collectives. Selon les résultats d'une enquête sous forme de questionnaires sur les buts de l'existence et le bien-être aux Etats-Unis et en Suisse, toutes les tranches d'âge des deux contextes géographiques estiment que les objectifs personnels ont davantage d'importance que les buts collectifs (ibid., 252).

sants.¹⁴⁹ La formation scolaire et professionnelle ainsi que le monde du travail font l'objet de pressions toujours plus fortes en termes de concurrence et de performances, en particulier pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, ainsi que pour les salariés d'un certain âge. Comme on l'a déjà vu (chap. 2.2.2.1), cela se reflète d'une part dans la multiplication des cas d'invalidité d'ordre psychique, des absences au travail imputables au stress et des problèmes d'orientation privée et professionnelle chez les adolescents, mais aussi dans l'augmentation de la délinquance, de l'agressivité et de la propension à la violence chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.¹⁵⁰

Il se trouve ainsi que des **contextes** importants – entreprise, école, famille – peuvent aussi bien empêcher des troubles et maladies psychiques que provoquer le déclenchement de ces phénomènes ou contribuer à les renforcer. Une étude européenne a mis en évidence des corrélations entre facteurs psychosociaux et santé psychique:

«De longues périodes d'anxiété et d'incertitude ainsi que l'absence d'un entourage social secourable accroissent les chances d'une mauvaise santé psychique et d'un décès prématuré. Cela implique aussi le sentiment de ne pas avoir le contrôle de sa situation professionnelle et familiale».¹⁵¹

C'est pourquoi – et pour d'autres raisons également – il s'agit de ne pas se focaliser sur certains groupes de population ou individus et sur les particularités de leurs comportements à risque, mais de s'intéresser en premier lieu aux structures ambiantes et au système social – donc à des contextes spécifiques. Ceux-ci forment le cadre socio-économique, psychosocial et organisationnel dans lequel certains groupes de population vivent, apprennent, travaillent et consomment. Pour en donner une vue d'ensemble, le tableau 2 présente une **liste de contextes associés à des groupes de population** – liste qui n'est pas exhaustive;¹⁵² certains groupes (p.ex. adolescents) peuvent se chevaucher avec d'autres. L'appartenance simultanée à plus d'un groupe accroît la vulnérabilité.¹⁵³

Tableau 2

Vue synoptique de contextes et de groupes spécifiques

Contextes	Groupes de population
Commune/communauté ¹⁵⁴	<ul style="list-style-type: none"> • jeunes présentant des troubles du comportement dans les espaces publics • femmes confrontées à un ensemble spécifique de difficultés multiples
a) structurée: p.ex. clubs, associations	<ul style="list-style-type: none"> • homme séparés ou seuls • personnes âgées et isolées • personnes marginales et isolées
b) non structurée: p.ex. travail social de rue pour les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • migrants (personnes mutilées ou traumatisées par des conflits) • anciens détenus • personnes en situation de crise aiguë • bénéficiaires d'une assistance sociale

¹⁴⁹ Cox et al. (2000); Hosman et al. (2004).

¹⁵⁰ Lösel & Bliesener (2003).

¹⁵¹ Wilkinson & Marmot (2003, 12).

¹⁵² Cf. OMS Conférence ministérielle européenne (2005b) et Perrig-Chiello (2004).

¹⁵³ Cf. aperçu des situations à risques cumulés in: Politique nationale suisse de la santé (2004c, 3f.) ou des groupes à risque in: Illés & Abel (2002, chap. 8).

¹⁵⁴ Conformément à la définition donnée par l'OMS, le contexte de la commune/communauté ne se limite pas à la notion de commune géographique et politique; il englobe une communauté dans le sens d'un «groupe spécifique de personnes – souvent les habitants d'une zone géographique déterminée – qui partagent des valeurs, des normes et une culture communes, et au sein duquel certaines relations nouées progressivement ont abouti à une structure sociale. Ces personnes manifestent une certaine conscience identitaire par rapport à leur groupe, partagent des besoins communs et l'engagement de satisfaire ceux-ci.» (OMS 1998, p. 9).

Institution sociale	<ul style="list-style-type: none"> • enfants et adolescents dans des homes et des maisons d'éducation • personnes âgées dans des homes • victimes de violences • handicapés
Entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • apprentis • salariés: jeunes et âgés, travailleurs à faible revenu (<i>working poor</i>) et, en général, personnes pauvres • personnes travaillant dans les soins de santé primaire • chômeurs jeunes et chômeurs de longue durée • détenus
Ecole ¹⁵⁵	<ul style="list-style-type: none"> • enseignants • élèves • parents
Famille ¹⁵⁶	<ul style="list-style-type: none"> • couples • personnes qui élèvent seules leurs enfants • jeunes familles nombreuses (>3) • enfants en âge préscolaire • enfants de parents psychologiquement malades ou toxicodépendants • adolescents et jeunes adultes (16–24 ans) • personnes soignant des malades psychiques et physiques de leur famille • victimes de violence domestique

Il est pratiquement impossible de faire le tour des études publiées sur le stress concernant certains contextes et groupes de population – surtout sur le stress au travail. Pour faire un choix sans préjugé, ce chapitre passe en revue les cinq contextes principaux; mais il est indispensable de faire ici une **sélection** étant donné le nombre considérable de groupes vulnérables. Le critère de l'**égalité des chances** paraît en l'occurrence approprié, dans la ligne des principes qui ont conduit à l'élaboration du présent rapport. Statut social (formation, revenu, position professionnelle), passé et expérience de la migration, âge et sexe sont les principaux paramètres sociodémographiques de l'égalité des chances en matière de santé.¹⁵⁷ Conformément à la nécessité de se concentrer sur des problèmes persistants ou récurrents, ce chapitre s'intéresse à des revues ou des enquêtes consacrées aux groupes de population particulièrement exposés au stress chronique et/ou à des difficultés accumulées – y compris les grandes transitions de l'existence. Pour éviter un volume excessif, certains groupes ne pourront être que brièvement évoqués.

Le présent chapitre se base sur le tableau général ci-dessus et utilise la même structure. Il commence par aborder le thème transversal que constitue le phénomène stressant de la violence.

3.3.2 La violence – thème transversal

Toutes les formes de violence se répandent de plus en plus, sont particulièrement stressantes, touchent tous les contextes et toutes les phases de l'existence.

Les principales formes de violence sont la violence dans les relations humaines, la violence dirigée contre soi-même (y compris le suicide), et la violence collective – conflits ouverts entre Etats ou groupes humains.¹⁵⁸ La **violence dans les relations humaines** englobe violence des jeunes, violence contre le conjoint/partenaire (surtout contre les femmes), maltraitance d'enfants par les parents et par d'autres personnes responsables, maltraitance de personnes âgées et violence sexuelle. Ces formes de violence *physique* se combinent souvent à une violence *psychique* – insultes, vexations, intimidation, menace de violences physiques, contrainte, interdictions. La violence dans les relations humaines comporte aussi la violence *économique*.

¹⁵⁵ En tant qu'institution comportant une direction et un compte d'exploitation, l'école apparaît comme une forme d'entreprise. Mais ses caractéristiques particulières conduisent à la considérer comme un contexte spécifique.

¹⁵⁶ Il va de soi que la notion de famille englobe ici non seulement la famille classique, mais toutes les formes de vie commune entre parent(s) et enfants, indépendamment de l'état civil et du lien de parenté biologique. Cf. p.ex. les familles recomposées [ou *patch-work*].

¹⁵⁷ Cf. Mielck (2000).

¹⁵⁸ Cf. Krug E.G. et al. (2002, 17–32).

Des formes particulières de violence dont il sera question ci-après sont le harcèlement sexuel et psychologique (*mobbing*) au travail, l'intimidation (*bullying*) dans le contexte scolaire ainsi que la violence domestique dans le contexte familial (cf. chap. 3.3.7).

Selon la statistique fédérale des stupéfiants et de la criminalité, les délits de violence ont augmenté en 2004 pour la quatrième année consécutive.¹⁵⁹ L'augmentation a été de 30% pour les cas de contrainte, de 9% pour le nombre de brigandages, et de presque 5% pour les viols – infraction poursuivie d'office depuis avril 2004. D'une manière générale, ce sont en Suisse les personnes jeunes qui se trouvent le plus souvent affectées par une forme ou une autre de violence dans les relations humaines. Environ 17% des hommes de 15 à 34 ans et 13% des femmes de la même tranche d'âge indiquent avoir été au cours des 12 derniers mois victimes de violences verbales ou physiques, ou victimes d'un vol.¹⁶⁰ Le nombre des condamnations d'adolescents a augmenté en Suisse de presque 23% entre 2000 et 2004, pour dépasser 14 000. Harcèlement sexuel, brigandages et voies de fait se multiplient dans des proportions qui se situent entre 48 et 64%.¹⁶¹ Les jeunes délinquants sont issus presque sans exception de familles affectées de graves troubles psychosociaux.¹⁶²

D'autres thèmes transversaux importants pour la santé psychique sont l'égalité des chances et l'intégration sociale,¹⁶³ critères auxquels le présent rapport se réfère également de façon systématique.

3.3.3 Contexte commune/communauté

Personnes isolées et âgées

Etant donné l'allongement considérable de l'espérance de vie, il convient de faire ici une distinction entre les personnes dites du troisième âge (de 65 à 80 ans) et celles du quatrième âge (au-delà de 80 ans). Ce dernier est considéré comme un défi particulier pour la politique de santé. En l'an 2010 (2020) il y aura en Suisse plus de 1,3 million (1,5 million) de personnes de plus de 65 ans, dont 370 000 (419 000) appartiendront au quatrième âge.¹⁶⁴ La seconde constatation importante est l'isolement croissant de ces groupes de population, causé par une désintégration sociale qui touche également la solidarité familiale et les relations de voisinage (singularisation). Plus l'individu avance en âge, plus son cercle d'amis proches se rétrécit et moins ceux-ci interagissent avec lui.¹⁶⁵ Les homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux comptent quatre fois plus de femmes que d'hommes; très nombreuses sont donc les veuves à souffrir de solitude et d'isolement social.¹⁶⁶ Mais contrairement aux hommes qui se définissent davantage par leur profession,¹⁶⁷ les femmes parviennent à maintenir leur identité jusqu'à un âge avancé grâce à leur socialisation et à leur biographie. Il y a malgré tout des indices d'un bien-être psychique médiocre chez les femmes âgées: elles présentent des niveaux d'autonomie fonctionnelle plus faibles et des taux de dépression nettement supérieurs (2:1) à ceux des hommes.¹⁶⁸

La prévalence annuelle des affections psychiques atteint globalement 25% pour ce groupe, en majorité sous forme de troubles dépressifs. Selon Höpflinger, la comorbidité entre dépression et diabète ou insuffisance cardiaque est de 40 à 50%, et d'environ 20% chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.¹⁶⁹ A partir de 80 ans environ, les taux de démence sénile augmentent massivement, l'autonomie

¹⁵⁹ Neue Zürcher Zeitung Nr. 157, 8.7.2005, 14.

¹⁶⁰ Rüesch & Manzoni (2003).

¹⁶¹ Selon Journées annuelles de la société suisse de droit pénal des mineurs des 14.–16.9.2005: www.julex.ch.

¹⁶² Perrig-Chiello (2004, 140).

¹⁶³ Cf. Lamprecht et al. (2005) ou Perrig-Chiello (2004) et Meyer (2000).

¹⁶⁴ Ce passage reprend des chiffres communiqués par P. Perrig-Chiello. Selon une étude publiée récemment sur la base du recensement fédéral de la population 2000, la proportion des plus de 65 ans dépasse aujourd'hui 15% de la population suisse et devrait atteindre 25% en 2035: Wanner P. et al. (2004). Les personnes âgées vivant dans un home appartiennent au contexte institution sociale, mais apparaissent également ici pour assurer la vue d'ensemble. Cf. aussi Summermatter (2004).

¹⁶⁵ Höpflinger & Hugentobler (2005).

¹⁶⁶ Cf. aussi Victor et al. (2000).

¹⁶⁷ Cf. Höpflinger (2002).

¹⁶⁸ Höpflinger & Hugentobler (2005). Cf. Wyss (2005b, 37) et Perrig-Chiello & Sturzenegger (2003a).

¹⁶⁹ Höpflinger & Hugentobler (2003).

fonctionnelle tombe rapidement et la multimorbidité croît très vite. De plus, le taux de suicides augmente beaucoup, surtout chez les hommes de plus de 80 ans. Selon une étude anglaise, 15% des résidents de homes pour personnes âgées souffrent de psychoses, plus de 20% ont des dépressions, 14 à 20% présentent de sérieux troubles comportementaux et 60 à 70% sont atteints de démence.¹⁷⁰ On compte actuellement près de 90 000 personnes affectées de démence en Suisse, dont environ 40% vivent dans des institutions. Les conséquences de ce type de maladie sont des besoins en soins et des coûts élevés, des pertes de qualité de vie pour le patient ou la patiente et son entourage¹⁷¹ ainsi que l'hospitalisation ou le départ dans un home. Le coût global des maladies dégénératives de type démence est estimé à trois milliards de francs par année.¹⁷²

Migrants

Un passé de migrant constitue un préjudice majeur pour la santé. La proportion d'étrangers dans la population suisse a constamment augmenté au cours des quinze dernières années et atteignait 20,5% en 2000 (1990: 18,1%).¹⁷³ Il y a toutefois des différences socio-économiques – donc de santé – considérables entre les diverses catégories de migrants, selon leur origine sociale et culturelle et en fonction de leur position dans le processus de migration (nouveaux arrivants; immigrés depuis plus de cinq ans en Suisse; étrangers de deuxième ou troisième génération).

Les recherches scientifiques confirment la constatation pratique qu'une partie des immigrants – en particulier les femmes – est exposée à d'importants risques de santé.¹⁷⁴ Les immigrants appartiennent en majorité à des couches sociales modestes ou exercent des métiers peu considérés. Mais la ségrégation sexuelle du marché du travail rejette souvent les immigrantes tout en bas de l'échelle des points de vue revenus, qualification et position professionnelle, les privant ainsi de reconnaissance sociale. Cette situation se trouve renforcée par des handicaps socioculturels spécifiques – par exemple l'origine islamique. Ce groupe de population est ainsi d'autant plus vulnérable que ces inconvénients se combinent souvent à d'autres difficultés persistantes, par exemple incertitude concernant le droit de séjour, chômage, répercussions traumatiques du processus de migration, barrière linguistique compliquant l'accès aux services de santé.¹⁷⁵ On voit ainsi que pour améliorer la santé psychique des migrantes et des migrants il faut prendre des mesures visant à améliorer leur intégration structurelle (position professionnelle et formation), leur intégration et/ou leur adaptation culturelle (mode de vie, système de valeurs, régime juridique, langue) et leur intégration juridique.¹⁷⁶

Bénéficiaires de l'assistance sociale

Ce groupe de population est particulièrement vulnérable du fait qu'à côté des situations de chômeurs ou de travailleurs à bas salaires, les personnes à l'assistance sociale sont victimes d'une stigmatisation et d'une exclusion sociale. Leur nombre croît sans cesse en Suisse et se chiffre actuellement à quelque 300 000 personnes, catégorie qui se chevauche pour moitié avec les 535 000 travailleurs à faible revenu.¹⁷⁷ Ce groupe inclut des personnes seules, des malades psychiques, des familles nombreuses et, surtout, des familles monoparentales – le plus souvent des femmes – dont la proportion est passée de 15 à 30% au cours des dix dernières années. Seuls 30% des bénéficiaires d'une assistance sociale sont considérés comme réintégrables. Leur densité est particulièrement élevée en milieu urbain, avec un taux de 7%

¹⁷⁰ Melding & Draper (2001).

¹⁷¹ Cf. chap. 3.3.7: *Hidden patients*.

¹⁷² Volz et al. 2000 (données de 1998) selon communication de Perrig-Chiello.

¹⁷³ Wanner (2004).

¹⁷⁴ Wanner (2004).

¹⁷⁵ Office fédéral de la santé publique (2002, résumé: 6f.).

¹⁷⁶ Wanner (2004, 8). La stratégie «Migration et santé 2002–2007» est actuellement mise en application sous la conduite de l'OFSP, cf. Office fédéral de la santé publique (2002). Cf. aussi Weiss (2003) et l'article de R. Fibbi et P. Wanner in: Suter et al. (2004, 101–126).

¹⁷⁷ Ces chiffres reprennent des données communiquées par des experts lors de l'émission Arena du 20.5.2005 à la Télévision suisse alémanique, sous le titre «Fürsorgealarm: Die Zahlen explodieren», et qui ont été partiellement enregistrées: www.sfdrs.ch/system/frames/highlights/arena/index.php.

à Bâle et de 6% à Zurich; il est deux fois plus élevé pour les enfants et les adolescents, et de respectivement 11 et 9% pour les jeunes adultes.¹⁷⁸ On dépense annuellement en Suisse 2,5 milliards de francs pour assurer cet ultime filet social.

3.3.4 Contexte de l'institution sociale

Personnes âgées dans des homes

Voir chapitre 3.3.3, personnes isolées et âgées.

Personnes handicapées

Selon la loi fédérale sur l'égalité pour les handicapés, est handicapée «toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation, de se perfectionner ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités».¹⁷⁹ Les estimations du nombre de personnes handicapées en Suisse vont de 700 000 (Conseil fédéral) à 900 000 (Panel suisse de ménages, PSM) ou 12,5%. On sait pourtant peu de choses de ce groupe de population. Il est représenté plus que proportionnellement dans les classes de revenus inférieures, et a droit à une rente AI. Cependant, la statistique de l'AI ne compte que 420 000 bénéficiaires. Le nombre de handicapés augmente avec l'âge. Les femmes sont particulièrement défavorisées sur les plans social et économique: les femmes handicapées sont nettement plus souvent seules, plus que proportionnellement situées dans le segment de revenus le plus bas, et présentent un plus faible taux d'activité. Les différences de revenus avec le reste de la population augmentent encore avec l'âge et l'aggravation du handicap. Il convient de prévoir un changement de politique visant à passer du système de tutelle à un système d'assistance basé sur l'autodétermination, notamment dans les homes.

3.3.5 Contexte de l'entreprise

3.3.5.1 Faits et chiffres internationaux

Le domaine qui a été le mieux étudié, ce sont les corrélations positives et négatives entre vie professionnelle et santé ou maladies psychiques.¹⁸⁰

- L'activité rémunérée peut être pathogène, notamment lorsque les conditions de travail – par exemple horaires, charge de travail, degré de participation, structure organisationnelle et gestion des ressources humaines – sont malsaines.¹⁸¹
- Selon une étude américaine, les conséquences du chômage – comparables à celles d'une insécurité persistante de l'emploi – sont encore plus marquées: lorsque survient le chômage, la probabilité de symptômes dépressifs et le diagnostic clinique de dépression sont deux fois plus élevée que chez une personne active.¹⁸²
- L'influence négative que l'activité professionnelle peut avoir sur la santé psychique se manifeste le plus souvent sous forme de stress. Un stress de longue durée ou des événements traumatisants au travail peuvent eux-mêmes provoquer des affections psychiques – états d'anxiété et dépressions.
- Au sein de l'UE, près d'un tiers des salariés sont atteints de stress lié au travail.¹⁸³ Selon une enquête de l'UE datant de l'année 2000 à propos de la santé, 33% des employés se plaignent de maux de dos, et 28%

¹⁷⁸ Selon des chiffres de l'Initiative des villes: Politique sociale, in: Neue Zürcher Zeitung Nr. 152, 2./3.7.2005, 14.

¹⁷⁹ Widmer (2004, 175), sur lequel ce passage se base.

¹⁸⁰ S. Merllié & Paoli (2002) et Cox & Rial-González (2002). Pour le territoire de l'UE, cf. diverses études *Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail* (Dublin) créée en 1975: www.eurofound.eu/int/ (p.ex. en 2000: *Ten Years of Working Conditions in the European Union (Third European Survey on Working Conditions)*), pour l'Allemagne: Gesundheit Berlin e.V. (2004).

¹⁸¹ OMS (2000b, 6ss.) et European Agency for Safety and Health at Work OSHA (2002b, 9).

¹⁸² Dooley D. et al. (1994).

¹⁸³ OMS Europe (2004, 2).

de problèmes de santé dus au stress.¹⁸⁴ Pour l'année 2000, cela représente quatre jours d'absence en moyenne ou 600 millions de jours de travail perdus annuellement dans les pays de l'ancienne UE.¹⁸⁵

- Dans les quinze pays membres de l'UE d'avant 2004, le stress au travail et les problèmes de santé psychique qui s'y associent engendrent des coûts de l'ordre de 3 à 4% du PIB.¹⁸⁶

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OSHA) s'occupe depuis bien des années du **stress au sein des entreprises**, parallèlement à de nombreux autres organismes et réseaux.¹⁸⁷ L'OSHA a notamment créé à cet effet son propre site Web concernant le stress lié au travail; on y trouve une multitude d'informations scientifiques permettant de prendre des mesures concrètes¹⁸⁸.

Voici quelques exemples de **stresseurs et contraintes multiples** au sein des entreprises:¹⁸⁹

- Activités monotones combinées à une pression de rendement, p.ex. aux postes de montage.
- Surmenage qualitatif en relation avec des situations ambiguës et des mandats inconciliables.
- Régimes horaires «travail de longue durée», «travail de nuit contraire au cycle physiologique» et «décalage social» lors du travail en équipes avec rotation de celles-ci, en combinaison avec des tâches spécifiques.
- Travail sur appel, accompli en majeure partie par des femmes, ce qui complique l'organisation de leurs journées et ne leur permet pas de maîtriser leur emploi du temps.
- Interruptions du travail alors qu'il faut respecter des échéances serrées.
- Même si cela n'est pas encore scientifiquement prouvé, il y a lieu de supposer l'existence d'une corrélation entre «travail émotionnel», qui exige une amabilité systématique dans le secteur des services, et d'autres agents stressants tels que surcharge quantitative, urgence et stresseurs sociaux.

La perte de contrôle constitue un facteur décisif de **stress chronique ou permanent** au travail. Il semble cependant que le contrôle ne peut servir de «tampon» à l'égard d'exigences élevées que si l'on dispose de ressources individuelles appropriées (efficacité individuelle ou coping actif).¹⁹⁰

Une grande étude de cohorte belge publiée récemment montre qu'un **stress cumulatif et aigu au travail** avec un labeur pénible et mal rémunéré (crise de gratification) accroît le risque des cinq indicateurs suivants de problèmes psychiques: dépression, états d'anxiété, maux physiques (somatisation), symptômes de fatigue chronique, consommation de substances psychotropes.¹⁹¹

¹⁸⁴ www.eurofound.ie: *Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail*: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2001).

¹⁸⁵ Cox et al. (2000, 10).

¹⁸⁶ Levi (2002).

¹⁸⁷ OMS Europe (2004, 2); cf. Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail OSHA). Cf. aussi *Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, European Network on Workplace Health Promotion (ENWHP)*: <http://www.enwhp.org/search/index.php>), *Organisation internationale du travail (OIT)* et *BKK Bundesverband* (http://www.bkk.de/bkk/powerslave_id,6,nodeid,.html), principale organisme d'Allemagne, leader européen pour la promotion de la santé au sein de l'entreprise.

¹⁸⁸ www.osha.eu.int/ew2002/

¹⁸⁹ Selon Udris & Frese (1999, 434ss.). Ceux-ci donnent la liste suivante de *facteurs de stress avérés et répercussions sur la santé*:

- stresseurs inhérents à la tâche à accomplir:
 - sous- ou sursollicitation quantitative
 - sous- ou sursollicitation qualitative
- stresseurs physiques, même dans les bureaux, les services et l'administration
- stresseurs appartenant à la dimension temporelle (travail par roulement, travail de nuit)
- stresseurs inhérents à la situation sociale: a) conflits de rôles: même personne soumise à des attentes et des exigences contradictoires, b) ambiguïté des fonctions: attentes ou définition peu claires des tâches, instructions confuses de supérieurs hiérarchiques, c) *mobbing*
- stresseurs relevant de l'organisation, p.ex. perturbations interrompant le cours du travail
- stresseurs en cours de carrière: «choc de la réalité» à l'entrée dans la vie professionnelle ou lors de processus d'adaptation à de nouvelles technologies ou à des restructurations d'entreprise
- anticipation ou peur du chômage et insécurité de l'emploi: une des situations les plus pernicieuses pour la santé psychique.

¹⁹⁰ Cf. Semmer (1997) et Semmer & Mohr (2001).

¹⁹¹ Godin et al. (2005).

Comme on l'a vu plus haut, un stress persistant peut conduire entre autres au **burnout**. Dans le monde du travail, l'épuisement professionnel peut constituer l'indice d'un sérieux dysfonctionnement au sein d'une entreprise, probablement plus révélateur du poste de travail que de la personne qui l'occupe et de sa responsabilité à l'égard de sa propre santé.¹⁹²

3.3.5.2 Faits et chiffres concernant la situation en Suisse

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2002 confirment ceux des études internationales selon lesquels un cadre de travail psychologiquement et socialement défavorable est nuisible pour la santé de la population active.¹⁹³

- Les hommes signalent davantage de difficultés au travail que les femmes; 47% des employés et 41% des employées indiquent subir une forte tension nerveuse au travail. Cette tension affecte subjectivement 37% des salariés ayant le statut socioprofessionnel le plus bas, et 61% de ceux qui se trouvent au haut de l'échelle.
- Parmi les personnes soumises à une très forte tension nerveuse au travail, 38% des femmes et 21% des hommes se plaignent de sérieux maux physiques et psychosomatiques.
- La proportion de personnes dont le bien-être psychique est médiocre va de 16% chez celles qui ont le plus bas niveau de tension au travail, à 29% chez celles affectées du niveau le plus élevé.
- L'insécurité de l'emploi a aussi un impact sur le bien-être psychique: en 2002, 11% des salariés craignaient de perdre leur emploi, cette proportion atteignant 20% chez ceux qui n'avaient fait que l'école obligatoire. Cette crainte est accentuée chez 81% des 55-65 ans et chez 39% des 15-24 ans par celle, en cas de licenciement, de ne retrouver que très difficilement un nouvel emploi; 37% des hommes et des femmes qui redoutent beaucoup de perdre leur emploi souffrent de sérieux troubles fonctionnels (insomnies, maux de tête et de dos), contre 17% des personnes exemptes de cette crainte.
- Un petit tiers (30%) des personnes craignant de perdre leur emploi ont un bien-être psychique médiocre; la proportion est de 20% chez les personnes qui n'ont pas cette appréhension.

Une étude du seco a mis en lumière l'ampleur épidémiologique et l'importance économique considérable que revêt le **stress au travail** en Suisse.¹⁹⁴

- 82,6% des interviewés se sentent stressés; 70% affirment maîtriser leur stress et se trouver en bonne santé.
- 26,6% des interviewés se sentent souvent ou très souvent stressés. Un groupe particulièrement vulnérable de 12,2% ne parvient pas à surmonter le stress, se considère en mauvaise santé et se voit contraint de prendre des médicaments, de recourir au médecin et de restreindre ses activités professionnelles et privées.
- Bien que l'on impute le stress essentiellement aux conditions de travail, le travail lui-même et l'entourage professionnel jouent souvent un rôle important pour surmonter le stress.
- Comme le confirment par ailleurs des études de l'UE, les problèmes de santé liés au travail ont changé et globalement augmenté, en particulier pathologies musculo-squelettiques¹⁹⁵, nervosité et irritabilité.

¹⁹² S. Maslach & Leiter (2001) et Kernan (1997).

¹⁹³ Office fédéral de la statistique (2004a). Concernant l'état des données cf. Schnetzler (2005).

¹⁹⁴ Perriard & Ramaciotti (2003a) et Perriard & Ramaciotti (2003b).

¹⁹⁵ C'est-à-dire douleurs dorsales et articulaires.

Pour ce qui est du *mobbing*¹⁹⁶, une autre étude représentative du seco a donné les résultats suivants:

- 7% des salariés interrogés se considèrent victimes de *mobbing* (harcèlement psychologique) ou peuvent être classés dans cette catégorie en vertu de critères scientifiques.
- Il y a une corrélation manifeste entre *mobbing* et état de santé.
- La fréquence des cas de *mobbing* et de tensions psychosociales est à peu près deux fois plus élevée pour les étrangers.
- On constate également une fréquence élevée de *mobbing* et de tensions psychosociales chez les personnes dont les réponses se rapportent à leur emploi précédent.
- Les spécialistes estiment que le coût d'un cas de *mobbing* équivaut au salaire d'une année.

Le tableau 3 montre l'**impact économique** du stress en Suisse.¹⁹⁷

Tableau 3

Coûts du stress selon la typologie de l'étude du seco

Typologie en 3 groupes	Pour cent du total des actifs	Coûts du stress par personne et par année	Part des coûts totaux du stress
Actifs non stressés	18%	Fr. 640.–	5%
Actifs en bonne santé, exposés à un certain stress mais en mesure de bien maîtriser celui-ci	70%	Fr. 2340.–	72%
Actifs qui considèrent leur état de santé comme mauvais, ressentent un stress considérable et ne parviennent pas à le maîtriser	12%	Fr. 4300.–	23%

Afin d'estimer le coût global du stress pour l'ensemble de la population active en Suisse, on a extrapolé les coûts individuels engendrés par les frais médicaux, par l'automédication contre le stress ainsi que par les absences et les pertes de production:

Les coûts financiers du stress totalisent pour la population active en Suisse un montant d'environ **4,2 milliards de francs par année** ou 1,2% du PIB. Ce total se décompose en

- frais médicaux: 1,4 milliard de francs,
- automédication contre le stress: 348 millions de francs
- absences et pertes de production: 2,4 milliards de francs

Si l'on ajoute aux coûts directement imputables au stress ceux engendrés par les accidents de travail et les maladies professionnelles, le coût total de l'impact du travail sur la santé se chiffre à 7,8 milliards de francs par année ou 2,3% du PIB. La Suisse se situe à cet égard environ dans la moyenne des pays de l'UE, où ce coût global varie entre 1,4% (Autriche) et 3,8% (Finlande); il est de 2,4% pour l'Allemagne.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Cf. Direction du travail seco (2002, 72ss.). Selon le seco, «le *mobbing* est un phénomène par lequel des collaborateurs d'une entreprise sont la cible, de façon systématique et prolongée, de tracasseries d'un ou de plusieurs autres membres de l'entreprise.» Pour un aperçu de l'état des recherches sur le thème du *mobbing*, cf. Zapf (1999).

¹⁹⁷ D'après Perriard & Ramaciotti (2003a, 98ss.).

¹⁹⁸ Cf. Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail OSHA (1998) et Politique nationale suisse de la santé (2003).

3.3.5.3 Groupes de population particuliers dans le cadre de l'entreprise

Apprentis

Deux tiers des adolescents en Suisse entrent dans la vie active en choisissant une formation professionnelle duale. La pénurie notoire de places d'apprentissage – il en manquait environ 10 000 en 2004 – concerne surtout les métiers recherchés, de sorte que beaucoup de jeunes ne peuvent pas exercer la profession dont ils rêvent. Toujours plus nombreux sont ceux qui échouent à entamer une vie active garantissant leur subsistance.¹⁹⁹ Les plus défavorisés pour un premier emploi sont aujourd'hui les faibles élèves masculins sortant d'une section préprofessionnelle et originaires d'un pays d'émigration.²⁰⁰ Pour des raisons démographiques on s'attend à ce que les effectifs du niveau secondaire I reculent d'au moins 13% d'ici à 2014, ce qui soulagera le marché des places d'apprentissage.²⁰¹

Salariés

Parmi les groupes risquant des troubles psychiques, il y a les salariés sur- ou sous-sollicités ou surmenés, surtout dans les tranches d'âge des *jeunes travailleurs* d'une part, des *travailleurs âgés* d'autre part.²⁰² Un autre groupe vulnérable est constitué par les salariés sur le point d'atteindre l'âge de la *retraite*.²⁰³

Selon des enquêtes nationales réunies par l'OSHA, le stress au travail frappe particulièrement, entre autres, les *branches* suivantes: santé publique, enseignement, transports, administration et agriculture. Selon cette source, ce sont les enseignants, les professionnels de la santé mais aussi ceux des sciences biologiques (*life science*) qui sont exposés aux plus gros risques de stress.²⁰⁴ Selon une étude européenne, ce sont – côté *hiérarchie* et *catégories professionnelles* – les cadres qui souffrent le plus de stress, tandis que les salariés de métiers peu qualifiés et de l'agriculture sont le moins stressés. Artisans, employés de bureau et de services se situent au-dessous du stress moyen; tandis que le stress subi par les techniciens et les managers dépasse la moyenne.²⁰⁵

Cependant, le niveau de stress dépend non seulement de la branche et de la catégorie professionnelle, mais aussi des *conditions de travail* – rendement, cadences et délais, possibilités de s'organiser soi-même et diversité des activités, ainsi que des aptitudes à faire face au stress (*coping*). Des études ont montré que des travailleurs accomplissant à la chaîne ou aux pièces des tâches à la fois peu qualifiées, répétitives, et physiquement fatigantes avec une marge de manœuvre très faible, subissent également un stress éprouvant qui peut être supérieur à celui d'universitaires indépendants par exemple.²⁰⁶

Personnes menacées de chômage, chômeurs, chômeurs en fin de droits et familles de ces groupes

Comme on l'a déjà vu, les répercussions du stress lié au chômage sont nettement plus graves que celles de l'activité professionnelle.²⁰⁷ Des études menées dans différents pays ont permis d'établir qu'indépendamment d'autres facteurs, les personnes au chômage et les membres de leur famille ont un risque substantiellement accru de mourir prématurément des suites psychiques et économiques de cette situation.²⁰⁸ Des emplois insatisfaisants ou précaires peuvent être tout aussi nocifs que le chômage. L'in-

¹⁹⁹ Stamm (2005).

²⁰⁰ Perrig-Chiello (2004, 130).

²⁰¹ Ces données se réfèrent à l'article «Fangnetze für Jugendliche ohne Arbeit. Überbrückungshilfen und Beratungen in allen Kantonen» in: Neue Zürcher Zeitung Nr. 125, 1.6.2005, 13 ainsi que www.bbt.admin.ch/berufsbil/profil/d/index.htm. Cf. aussi PNR 43 Formation et emploi (www.snf.ch).

²⁰² Cf. aperçus généraux de Ulich (2005) et Weiss & Ilmarinen (2005).

²⁰³ Cf. Gognalons-Nicolet & Blochet (2004).

²⁰⁴ Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail OSHA (2002b, 9).

²⁰⁵ Commission européenne (2004, 64ss.).

²⁰⁶ Un exemple typique à cet égard est le travail des femmes de ménage, dont l'état de santé psychique est de plus de 9% inférieur à la valeur de référence de la population active en République fédérale d'Allemagne. Selon Nolting et al. (sans année), l'état de santé psychique des vétérinaires est de 4% inférieur à cette valeur de référence; cette catégorie professionnelle présente aussi d'autres valeurs nettement plus favorables en termes de santé psychique que les femmes de ménage p.ex.; cf. Nolting et al. (sans année b). Cf. aussi Office Cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT (sans année, 4).

²⁰⁷ Semmer (1997).

²⁰⁸ Wilkinson & Marmot (2003, 20f.).

sécurité persistante au travail est un stressleur chronique dont les effets augmentent avec le temps, ce qui se traduit par une multiplication des absences pour maladie et du recours aux services de santé.²⁰⁹ Actuellement, la perspective de se retrouver sans emploi se situe au premier rang des craintes chez les 12–18 ans.²¹⁰

Jeunes chômeurs

Les jeunes au chômage sont parmi les catégories les plus vulnérables. Dans une phase déjà difficile de leur existence, ils découvrent que leurs aptitudes et leurs qualifications sont insuffisantes.²¹¹ Le manque de moyens financiers freine leur épanouissement dans une période dynamique de leur vie et tend à les confiner dans leur famille d'origine. Des études ont montré que même un chômage de courte durée laisse chez les jeunes des traces sous forme d'inquiétude, de doute, de résignation, d'isolement social ou de problèmes de santé.²¹² Avec un peu plus de 7% dans la tranche d'âge de 20–24 ans et 4% chez les 15–19 ans, le chômage des jeunes en Suisse est plutôt en dessous de la moyenne internationale; mais il a triplé au cours des deux dernières années.²¹³

3.3.6 Contexte scolaire²¹⁴

Le système scolaire est sujet à de nombreux facteurs de stress liés aux diverses règles et exigences qu'il comporte.²¹⁵ Dans ce contexte, la problématique du stress se concentre pour les élèves sur les aspects performances et relations sociales, pour les enseignants sur la question du *burnout*.²¹⁶

Enseignants

A côté de la famille et des loisirs, le cadre scolaire revêt la plus grande importance pour un développement sain des enfants et des adolescents. Et dans ce cadre, les enseignants exercent – ou peuvent exercer – une influence considérable sur leurs élèves. L'occasion est donnée ici de transmettre des éléments positifs aussi bien que négatifs en termes de santé psychosociale. A côté des parents, les enseignants peuvent servir de modèles à leurs élèves quant à la manière de gérer le stress. Cependant, les exigences imposées au corps enseignant ont énormément augmenté. Des défis et des situations toujours plus difficiles d'une part, et les ressources humaines et institutionnelles disponibles d'autre part, requièrent un exercice d'équilibre qui conduit une proportion toujours plus grande d'enseignants en Suisse à présenter des symptômes de surmenage caractérisés.²¹⁷

- un tiers des enseignants ont le sentiment d'être rarement en mesure de «décrocher»,
- un quart considère qu'ils travaillent en étant trop pressés par le temps,
- près d'un cinquième estime que l'on est constamment surmené dans cette profession.

Cette évaluation subjective est confirmée par des données empiriques:

- en Suisse, les conditions de travail des enseignants en termes d'horaire sont très médiocres en comparaison internationale,
- les réformes de l'enseignement entraînent souvent des charges accrues,
- le surmenage au travail s'accompagne de maux somatiques, de tensions et de symptômes dépressifs, qui se répercutent sur le milieu ambiant.

²⁰⁹ Ferrie J. et al. (1999).

²¹⁰ Stamm (2005).

²¹¹ Grob & Jaschinski (2003, 131).

²¹² Stamm (2005).

²¹³ Ibid.

²¹⁴ Cf. aussi Hurrelmann (1994), qui a analysé l'aspect spécifique du stress scolaire en relation avec la vie de famille et les loisirs.

²¹⁵ Cf. chap. 4.1.2.2.

²¹⁶ Cf. Lattmann & Rüedi (2003, 45–72).

²¹⁷ Märki et al. (2005, 22) selon Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA (2004).

Une étude de corrélation portant sur des enseignants des cantons de Fribourg et Lucerne révèle entre autres qu'un quart des personnes examinées présentent de légers signes de *burnout*, et que ces symptômes ont une intensité moyenne à forte chez un autre quart de ces enseignants²¹⁸. Environ 45% se plaignent de nervosité et de tensions persistantes et du sentiment d'être surchargés.²¹⁹ Les enseignants accordent une grande importance à la relation avec leurs élèves, relation dont ils ont une perception nettement plus positive que ces derniers.²²⁰

Elèves

L'enfant doit tout d'abord assimiler la transition de la famille à l'école, souvent accompagnée de sentiments de crainte et d'insécurité quant à son acceptation et à son bien-être dans ce nouvel environnement. Puis les élèves ont à relever les défis que posent l'apprentissage, les relations sociales et le processus de maturation psychologique, problèmes qui atteignent leur point culminant lors de la puberté.

Une enquête représentative effectuée en Suisse en 1998 a identifié pour la phase de la puberté deux groupes à risque qu'elle décrit par cinq ou six paramètres: consommation sociale (tabac et alcool, activités sociales), activités sportives, violence (auteurs et victimes), consommation (médias, jeux informatisés, alimentation malsaine) et (soulagement médicamenteux de) difficultés ou transgression de normes (consommation de drogues illégales, sexualité, port d'armes à l'école).²²¹

Chez 17% des 12–13 ans on constate un comportement déviant. Les individus de ce groupe consomment alcool et tabac, se retrouvent souvent en bandes du même âge et sont mêlés à des situations de violence.

Près de 14% des 14–15 ans manifestent un profil déviant en termes de «consommation sociale» et de transgression des normes. Les individus de ce groupe consomment diverses substances psycho-actives, se réunissent souvent entre eux, ont l'expérience des relations sexuelles et de l'exploitation sexuelle, sont en conflit avec l'école et y apportent des armes.

Cette étude probante montre que la «consommation sociale» constitue une source de problèmes pour les deux tranches d'âge. La différence entre celles-ci, c'est que la problématique de la violence s'y ajoute chez les plus jeunes; tandis que chez les aînés on constate des transgressions dans le domaine de la sexualité et, parfois, également une propension à la violence.

Victimes de harcèlement psychologique et d'intimidations (*mobbing/bullying*)

L'école est particulièrement touchée par l'évolution de la société. Elle a repris de la famille toujours plus de tâches éducatives et se trouve surchargée. A cela s'ajoute que le contexte structurel et économique s'est resserré. Ces facteurs ont contribué à détériorer le climat social en milieu scolaire. Il convient de distinguer plusieurs formes de *mobbing* à l'école (dans le domaine de l'éducation, on parle en général de *bullying*):

- manifestations de harcèlement entre élèves d'une classe,
- de la part d'enseignants,
- de la part d'élèves et de parents à l'égard de l'enseignant,
- harcèlement entre enseignants.

Même s'il n'existe pas de chiffres avérés sur les comportements de *mobbing* dans les écoles,²²² on estime qu'au moins une personne sur dix subit du harcèlement dans les écoles, les universités et le contexte de l'enseignement en général.²²³

²¹⁸ Kramis-Aebischer (1995, 260, 408), qui reprend l'échelle de *burnout* de Pines et al. (1987), laquelle doit être encore mieux justifiée et étayée.

²¹⁹ Kramis-Aebischer (1995, 408). Ibid. (407) mentionne des études internationales témoignant de 10 à 30% d'enseignants épuisés. Selon une étude allemande, le risque de névroses est six fois plus élevé chez les enseignants que dans le reste de la population.

²²⁰ Grob (1997, 180ss.).

²²¹ Schmid et al. (2001, 398ff.). Cf. Hascher (2004) concernant le bien-être, ainsi que Lösel & Bliesener (2003) concernant agression et délinquance d'élèves.

²²² Cf. plus haut: contexte de l'entreprise.

²²³ Cf. Lauper (2001) ainsi que www.verlagneueslernen.ch.

3.3.7 Contexte familial

En Suisse comme ailleurs, le processus de désagrégation du modèle traditionnel du couple et de la famille nucléaire – combiné à l'inégalité persistante des sexes, à la transformation de la société et aux contraintes accrues de la vie professionnelle et familiale – se reflète dans les indicateurs suivants (cf. chap. 3.3.): diminution du taux de nuptialité, augmentation continue de l'âge au mariage, baisse constante du taux de natalité, multiplication des naissances hors mariage et taux de divortialité en hausse (44% en 2004). Parallèlement, les nombres de ménages monoparentaux ou d'une seule personne ont régulièrement progressé. Etant donné les déficits structurels (p.ex. places d'accueil extrafamilial,²²⁴ allocations familiales, horaires flexibles pour concilier profession et famille, congé parental rémunéré), fonder une famille reste une affaire privée qui exige des sacrifices financiers – lesquels grèvent avant tout les femmes mais aussi l'économie dans son ensemble.²²⁵

Enfants en âge préscolaire

La santé des petits enfants et des enfants en âge préscolaire est liée à l'éducation, donc aux compétences, à la situation et à la marge de manœuvre dont disposent les personnes qui s'en occupent. Comme les enfants ont peu de contrôle et de pouvoirs décisionnels, il faut que la législation veille sur leurs intérêts en matière de santé.²²⁶ Concernant la violence contre des enfants, voir plus loin sous «victimes de violence domestique».

Adolescents et jeunes adultes

L'accumulation de défis et d'épreuves fait de l'adolescence une **phase de vie particulièrement stressante**. C'est le moment où il faut réaliser le passage de l'enfance à l'âge adulte, accompagné de profondes transformations biologiques, affectives et cognitives. Les adolescents doivent en outre affronter de sérieux défis psychosociaux avec le départ du foyer familial, la recherche de nouveaux repères dans les loisirs et le travail que comporte la transition entre école et apprentissage ou entre apprentissage et vie professionnelle.²²⁷ De plus, la famille moderne est d'une manière générale vulnérable au stress. Un nombre croissant d'enfants et d'adolescents vivent au cours de leur croissance des changements douloureux de leur situation familiale – divorce ou nouveau partenaire d'un parent. En 2000, près de 13% (10% en 1980) des enfants vivaient avec un seul parent, et 3% (1% en 1980) avec des parents non mariés.²²⁸ Par ailleurs, toujours plus d'enfants grandissent sans père ni frères et sœurs, ce qui freine la maturation sociale et contribue à multiplier les conflits à l'école et dans la rue.²²⁹

Les études HBSC et SMASH de 2002 portant sur l'ensemble du territoire suisse²³⁰ ont confirmé les résultats de l'Enquête suisse sur la santé de la même année, à savoir que la majorité des adolescents se sentent en bonne santé; mais elles révèlent aussi qu'une forte minorité se trouve confrontée à des difficultés psychosociales:

- Entre 10 et 20% des adolescents souffrent d'une accumulation de plusieurs problèmes, par exemple états dépressifs et consommation excessive de substances psycho-actives.
- Les réponses données à une série de questions conduisent à classer une fille sur dix et un garçon sur vingt dans la catégorie des personnes dépressives.

²²⁴ Une étude du Fonds national sur la demande en places d'accueil dans des crèches révèle qu'il manque en Suisse quelque 50 000 places pour 120 000 enfants, et que l'offre actuelle en familles de jour et en crèches ne couvre que 40% des besoins; communiqué de presse du FNS du 25 juin 2005. Pour la ville de Zurich, on a calculé, concernant l'utilité économique des garderies d'enfants, un *return on investment* de 3-4:1; Département social de la Ville de Zurich (2001).

²²⁵ Cf. Perrig-Chiello (2004, 142ss.). Concernant la famille vue comme un piège économique pour les femmes et l'économie en général, cf. Bauer (2000).

²²⁶ Cf. Zermatten (2004).

²²⁷ Cf. l'étude récente pour la Suisse de Leemann & Keck (2005).

²²⁸ Cf. www.recensement.ch.

²²⁹ Perrig-Chiello (2004).

²³⁰ *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC)* et *Swiss multicenter adolescent survey on health (SMASH)* ont été réalisées la première dans la classe d'âge 11-16 ans, la seconde chez les 16-20 ans: cf. Tschumper & Diserens (sans année).

- Les adolescents ont en principe libre accès au système de santé, mais y trouvent peu de soutien lorsqu'il s'agit de problèmes et de thèmes non somatiques. Cela se reflète dans la statistique des tentatives de suicide:
- 40% des 16-20 ans ayant tenté de se suicider ont indiqué avoir fait plus d'une tentative; mais moins de la moitié d'entre eux ont pu en parler avec quelqu'un. Les tentatives sont plus fréquentes chez les filles, et les suicides aboutis plus fréquents chez les garçons.
- Le suicide est la deuxième cause de décès des adolescents.
- Presque la moitié (48%) des jeunes filles et 25% des garçons de 16 à 20 ans souhaitent recevoir du soutien pour soulager leur stress et leur nervosité.
- 10% craignent être battus par leurs parents; 12% disent être battus par leurs parents, 3% régulièrement.

Selon l'Enquête suisse sur la santé de 2002, les jeunes adultes manifestent un niveau de bien-être psychique inférieur à celui des personnes d'âge moyen ou plus âgées. Faire sa place dans un monde et une société toujours plus complexes, en développant une identité affirmée et un haut degré d'intégration sociale, est ressenti comme une tâche difficile qui provoque parfois des crises personnelles. Ce sont les ressources personnelles et sociales dont disposent les jeunes qui déterminent en grande partie si leur questionnement des normes débouchera sur la transgression de celles-ci ou même sur un comportement délinquant.²³¹

Couples

Différentes études attestent que les personnes mariées ont une espérance de vie plus élevée que les personnes célibataires, divorcées ou veuves, et qu'être marié – surtout chez les hommes – exerce davantage d'influence sur l'état de santé que la situation économique.²³² Mais les couples ne sont pas moins sujets au stress, et les relations entre partenaires dénotent un potentiel de tensions qui va en augmentant. Des études scientifiques montrent que le stress détériore progressivement ces relations et accroît le risque de séparation. Ce sont les petites contrariétés quotidiennes qui menacent le plus les relations de couple.²³³

Familles nombreuses

Le fait de fonder une famille constitue une décision capitale pour le couple et coïncide en général avec le début ou l'intensification d'une série de soucis existants. Ces problèmes s'aggravent encore chez les familles nombreuses, dont le nombre est toutefois en recul.

Familles monoparentales

Comme le montre la dégradation des critères de bien-être psychique, les personnes qui élèvent seules leurs enfants rencontrent beaucoup de problèmes. Education et sécurité financière ne peuvent pas être partagées, et l'investissement parental nécessaire ne laisse pas suffisamment de temps pour soi-même et pour des relations de couple.²³⁴

Environ 80% des personnes confrontées à cette forme d'existence sont des femmes, lesquelles font aussi partie des groupes les plus touchés par la pauvreté. Le taux de chômage chez ces personnes dépassait 20% en 2004, et près de 12% d'entre elles faisaient partie des ménages de *working poor* avec enfants. On n'a pas encore la preuve d'une corrélation entre soucis accumulés et pauvreté d'une part, et stress permanent d'autre part, mais cette preuve ne devrait pas être difficile à apporter. La situation est encore aggravée par les carences structurelles déjà mentionnées dont souffrent les familles, ainsi que par les différences de salaires entre hommes et femmes, qui se chiffrent à 22% en moyenne.²³⁵

²³¹ Perrig-Chiello (2004, 138ss.).

²³² Lamprecht et al. (2005, chap. 5.3).

²³³ Bodenmann (2001). Cf. aussi Luban-Plozza (2003).

²³⁴ Hausherr et al. (2002).

²³⁵ Bühler (2004, 47ss.) avec sept recommandations politiques pour la Suisse.

Victimes de violence domestique²³⁶

La notion de violence domestique englobe toutes les formes de violence entre membres d'une même communauté d'habitation. On sait peu de choses de la violence d'enfants à l'égard de leurs parents et de la violence entre frères et sœurs.

Violence au sein du couple

Des recherches récentes montrent que les répercussions sociales de la violence entre proches restent sous-estimées et que cette violence constitue pour l'ordre social et la sécurité un problème plus grave que la criminalité organisée par exemple.

Violence contre des femmes: une étude représentative réalisée dans le cadre du Programme national de recherche «Femmes, droit et société» datant de 1993 montre qu'un cinquième des femmes subissent au cours de leur existence de la violence physique et/ou sexuelle infligée par leur partenaire, et que quatre femmes sur dix font l'objet de violences psychiques.²³⁷ Cela fait 87 000 victimes de violence physique et/ou sexuelle, et environ 375 000 victimes de violence psychique. Deux tiers des femmes touchées ont parlé avec quelqu'un des violences subies, mais seulement 12% d'entre elles ont eu recours à de l'aide professionnelle.

Le coût économique de la violence perpétrée en Suisse contre des femmes (et des filles) est estimé à 400 millions de francs par année.²³⁸ Les ressources financières correspondantes vont essentiellement aux conséquences de violences déjà commises (police, soins médicaux, tribunaux, assistance sociale); on investit seulement 4% dans des mesures de prévention de violences potentielles – maisons d'accueil pour les femmes, téléphones SOS et recherches sur la violence.²³⁹

Violence contre des hommes: une étude plus ancienne, qui prenait aussi en considération la violence contre des hommes exercée par leur partenaire, indique que la victime est un homme dans 5 à 10% des cas de violence.²⁴⁰

Violence contre des enfants

Selon une étude couvrant toute l'Allemagne, les trois quarts des membres de notre société ont vécu au cours de leur enfance des châtiments physiques infligés par leurs parents; et 10% ont subi des mauvais traitements corporels par ceux-ci. Près de 3% des filles et 1% des garçons ont été dans leur enfance victimes de violences sexuelles au sein de la famille.²⁴¹

Il est difficile d'évaluer la fréquence des mauvais traitements corporels et psychiques infligés à des nourrissons et des petits enfants, par exemple sous la forme du syndrome de l'enfant secoué.²⁴² Les cas de négligence semblent courants. On les attribue à des facteurs socioculturels, économiques, familiaux et individuels. Selon la Fondation Enfants et Violence, les mauvais traitements infligés à des enfants sont très souvent liés au surmenage et au stress des personnes responsables de leur éducation, mais aussi à des questions de pouvoir et au refus de considérer l'enfant comme un sujet autonome.²⁴³ Des corrélations ont été établies entre maltraitance infantile et échecs scolaires et professionnels, toxicomanie et suicide, mais aussi délinquance chez des adolescents.²⁴⁴ Ces graves conséquences de la violence témoignent du peu de moyens qu'ont les enfants et les adolescents pour surmonter ce genre de situation.

²³⁶ Ce passage s'appuie entre autres sur les feuilles d'information du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes concernant la violence domestique, et en particulier sur: Wyss (2004).

²³⁷ Cf. Egger (2004) et la littérature examinée par cet auteur.

²³⁸ Godenzi & Yodanis (1998).

²³⁹ La toute récente étude de Killias et al. (2005) sur une étude représentative de 2003 indique que près de 40% des femmes ont subi au moins une fois au cours de leur vie de la violence physique ou sexuelle ou des menaces dans ce sens; et «seulement» 2,4% des auteurs étaient en même temps le partenaire de la victime (cf. Neue Zürcher Zeitung Nr. 70, 24.3.2005, 15).

²⁴⁰ Godenzi (1993). Des études récentes et controversées prétendent qu'autant d'hommes que de femmes sont victimes de violence domestique, cf. Gloor & Meier (2003).

²⁴¹ Wetzels (1997). Cf. aussi les résultats prochains d'une étude dans le cadre du PNR 52 *L'enfance, la jeunesse et les relations entre générations dans une société en mutation*, intitulée «Les enfants et la violence domestique: étude de leurs perspectives, de leurs stratégies de coping et de leurs besoins» et réalisée à l'Université de Zurich (C. Seith, I. Böckmann; durée: juillet 2003 à sept. 2005).

²⁴² Cf. site Web de la Fondation Enfants et violence: www.kinderundgewalt.ch.

²⁴³ Cf. www.kinderundgewalt.ch.

²⁴⁴ Groupe de travail Enfance maltraitée (1992, résumé).

Violence contre des personnes âgées

Les chiffres disponibles sur les taux de violence contre des personnes âgées dans le cadre familial oscillent entre 1,5 et 4%²⁴⁵. Leur état de dépendance et leur vulnérabilité font qu'il est difficile d'obtenir des témoignages de ces personnes.

Patients cachés

On connaît une autre forme d'épreuves accumulées par le phénomène des patients cachés (*hidden patients*) en relation avec les soins donnés dans le cadre de la famille, pris en charge à 80% par des femmes.²⁴⁶ La personne qui assume l'essentiel de ces soins souffre souvent d'un phénomène de **stress du soignant** dû à une accumulation de facteurs: nécessité d'une présence permanente, difficulté à s'engager dans d'autres activités, problèmes de santé personnels et consommation accrue de médicaments, détérioration des autres aspects de la vie familiale, confrontation inévitable avec l'âge et les difficultés financières. Les soins familiaux comportent souvent un équilibre difficile à trouver entre solidarité, ambivalence et conflit²⁴⁷ et impliquent des contraintes physiques et psychiques considérables.

Les soins à domicile de personnes atteintes de démence – en forte augmentation – sont un exemple connu à cet égard: selon les dernières publications de l'Association Alzheimer Suisse, environ 55 000 ou 60% de ces personnes vivent chez elles; et 38 000 ou 70% d'entre elles habitent avec un ou une proche.²⁴⁸ Extrêmement éprouvants des points de vue physique aussi bien que psychique, les soins permanents à donner souvent durant de longues années, ainsi que l'âge généralement avancé des partenaires soignants – tout cela fait que deux tiers environ des proches qui s'occupent de ces malades ont eux-mêmes des problèmes de santé qui vont en s'aggravant avec le temps²⁴⁹. Il s'y ajoute encore des problèmes financiers, du fait que 30% seulement des malades à domicile reçoivent une aide prescrite par le médecin et remboursée par les caisses maladie.

3.3.8 Equilibre de vie ou conciliation des vies professionnelle et privée

Définition: pour le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, «concilier vie professionnelle et vie familiale équivaut, tant pour un homme que pour une femme, à assumer ses responsabilités et son engagement sur les deux fronts, sans être pour autant pénalisé-e sur le plan du salaire, de la carrière, de la formation continue et de l'attribution des tâches».²⁵⁰ Le terme à la mode de *work life balance* utilisé pour désigner cet équilibre n'est pas très heureux car il suggère que la vie professionnelle ne fait pas partie de la vie. Cependant, l'activité lucrative constitue une facette parmi d'autres de l'existence à côté d'une multitude d'options en termes de famille, de partenaires, d'habitat et de modes de vie, et avec la place croissante qu'occupent les loisirs. Il vaut donc mieux parler de *life balance*, ce qui englobe tous les aspects de l'existence y compris ceux qui relèvent des spécificités masculines ou féminines. Le terme de *work family balance*²⁵¹ ne convient pas non plus, du fait qu'il ne met pas explicitement sur un pied d'égalité les activités extraprofessionnelles (tâches domestiques, travaux bénévoles) et le travail rémunéré.²⁵²

²⁴⁵ Godenzi (1993).

²⁴⁶ Kuhlmei (2003, 26).

²⁴⁷ Contenu d'un exposé de P. Perrig-Chiello lors de la Journée de gérontologie à l'Université de Zurich, le 1.10.2003.

²⁴⁸ Association Alzheimer Suisse (2004, 10, 14f.). Cf. aussi Diener (2002).

²⁴⁹ Selon Kuhlmei (2003, 26), les trois quarts des femmes dispensant des soins ont au moins une maladie. Cf. méta-analyse de Pinquart & Sörensen (2004) et revue de Gottlieb & Wolfe (2002).

²⁵⁰ Böckmann (sans année, 18).

²⁵¹ Frone (2003).

²⁵² Cf. Häni (2004).

Epidémiologie: Beaucoup de gens sont toujours plus occupés par le défi et l'exercice d'équilibrisme au jour le jour qu'impose la nécessité de concilier vie professionnelle et vie privée. Une étude montre que le manque de *life balance* est courant au sein de la population active suisse, et que ce problème est dû au temps excessif qu'absorbent le travail d'une part et la sphère privée d'autre part.²⁵³ Près de deux tiers des personnes actives manifestent un certain déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée.²⁵⁴ La surcharge de travail par rapport aux autres activités s'accompagne d'une nette détérioration du bien-être qui se traduit par des troubles (psycho)somatiques, par une fréquence accrue d'émotions négatives et de dépressions, par une diminution de l'activité physique et de la satisfaction générale.

Les situations de ce genre menacent particulièrement les jeunes femmes jouissant d'une bonne formation, ainsi que les personnes travaillant à (presque) plein temps avec des horaires chargés et de longues distances à parcourir pour se rendre au travail, ainsi qu'avec un ou plusieurs enfants mineurs. Le risque pour la santé que constitue la combinaison «activité rémunérée plus enfants à élever» touche surtout des femmes, dont le taux d'activité a augmenté de 8,4% entre 1991 et 2002 (celui des hommes a diminué de 2,6% au cours de la même période). La tendance à se retirer de la vie active lors d'une naissance va en diminuant et les femmes travaillent de plus en plus à côté de leurs tâches d'éducatrices: presque deux tiers des mères exercent un métier, dont près des trois quarts à temps partiel. Les hommes, quant à eux, restent peu nombreux à travailler à temps partiel.²⁵⁵

3.4 RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Résumé

Concept et définition du stress

- Les acceptions variables de la notion de stress et les diverses idées que l'on s'en fait reflètent la complexité d'un processus qui affecte l'organisme et le psychisme aussi bien que le milieu ambiant.
- Il y a stress lorsqu'un déséquilibre survient entre sollicitations et contraintes intérieures et extérieures d'une part, et ressources intérieures et extérieures d'autre part sur les plans physique, psychique et social. Ce déséquilibre est généralement provoqué par un surmenage, mais peut aussi résulter de sollicitations insuffisantes. Si l'on dispose de ressources intérieures et extérieures adéquates pour répondre aux contraintes, gérer le stress et réaliser un équilibre, la situation peut être considérée comme saine et souhaitable: elle offre les conditions nécessaires pour s'épanouir et trouver un sens à sa vie, maintenir un état de bien-être et de santé psychique.

Le processus

- On connaît bien, désormais, les stressés ou agents stressants, le processus complexe d'évolution du stress (modèle de Lazarus et al.) ainsi que les conséquences de celui-ci; il y a d'importantes différences entre hommes et femmes quant aux réactions face à ce phénomène et aux répercussions du stress. Le surmonter suppose des moyens et des aptitudes pratiques et psychiques efficaces.

Faits et chiffres

- La littérature scientifique consacrée au stress est surabondante et ne laisse aucun doute sur le fait que cette problématique a pris des proportions considérables dans les pays développés.
- Les données empiriques relatives aux divers groupes de population dans tous les contextes de la société moderne révèlent que le stress constitue dans les pays développés un des principaux facteurs de risque pour la santé psychique (et physique), et qu'il accroît la fréquence des dépressions et autres affections

²⁵³ Hämmig & Bauer (2004). Cf. aussi une étude sur la situation dans le canton de Zurich, Hämmig & Bauer (2004a).

²⁵⁴ Évalué selon trois critères/indicateurs: peine considérable à concilier profession et famille/vie privée, relative insatisfaction quant au volume de loisirs et souhait implicite de réduire son horaire de travail.

²⁵⁵ Secrétariat d'Etat à l'économie seco & Office fédéral des assurances sociales OFAS (2004).

psychiques aussi bien que la mortalité par suicide.²⁵⁶ Comme le montrent les données recueillies à ce sujet, cette problématique concerne aussi les victimes de harcèlement et d'intimidation dans les espaces publics ou dans le cadre de l'entreprise, de l'école et de la famille.

- Le stress éprouve tout particulièrement les groupes de population défavorisés, par exemple personnes isolées, âgées ou très âgées, migrants et personnes à l'assistance sociale; personnes handicapées en institution sociale; apprentis, travailleurs jeunes ou en fin de carrière, personnes menacées de chômage et chômeurs; certaines catégories d'enseignants et d'élèves; enfin, toujours plus de couples, de responsables de familles monoparentales, d'adolescents et de proches soignants (patients cachés), de proches de chômeurs et de personnes menacées de chômage. Le phénomène est accentué par les soucis chroniques ou récurrents, les épreuves accumulées, les événements ou transitions critiques de l'existence. En règle générale, les femmes sont davantage confrontées à des difficultés multiples que les hommes.
- Il existe un grand nombre d'études internationales consacrées au stress dans le contexte de l'entreprise. Sur le plan économique, l'impact du stress lié au travail se chiffre en milliards pour la Suisse et reste à la hausse (4,2 milliards de francs en 2000). Selon une étude du seco, quatre travailleurs sur cinq se sentent stressés, un bon quart souvent ou très souvent, et 10% ne parviennent pas à surmonter le stress, estiment être en mauvaise santé et doivent recourir à des soins médicaux. C'est surtout la surcharge de travail qui fait que près de deux tiers de la population active présentent un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée, ce qui se traduit par un état de santé psychique nettement diminué.

Conclusions

- Les contraintes psychosociales vont en s'accroissant pour beaucoup de gens. Simultanément, les proches de personnes appartenant aux groupes défavorisés atteignent toujours plus souvent les limites de leur résistance physique et psychique et de leur capacité d'adaptation.
- La situation économique et l'accélération des transformations qui affectent la société actuelle (catégories sociales, valeurs, mobilité) impliquent toujours davantage d'épreuves et de contraintes multiples et souvent durables, sources de difficultés chroniques. Le stress et ses conséquences ne constituent que la pointe de l'iceberg.
- L'aptitude à gérer le stress et les épreuves pour rétablir et maintenir la santé physique, psychique et sociale est devenue une compétence fondamentale dans toutes les phases et tous les contextes de l'existence. Face à l'évolution de la société et aux restructurations économiques d'une part, et aux transitions à négocier dans un cycle de vie d'autre part, l'aptitude à maîtriser le stress va de pair avec celle de surmonter les phases délicates et les crises de l'existence.²⁵⁷ Cette capacité de faire face et de s'adapter (*coping*) ne peut s'épanouir que dans un climat social, économique et écologique favorable.
- Le stress revêt une grande importance en termes de santé publique: ce phénomène et ses répercussions n'ont pas seulement des incidences sur l'état psychique de l'individu, mais peuvent aussi avoir des impacts négatifs sur le développement économique et sur la cohésion de la société (intégration sociale).

²⁵⁶ Il y a des corrélations entre conditions de travail nocives pour la santé et stress, ainsi qu'entre stress et dépression. Cf. OMS Europe (2004, 2), OMS (2000b, 6) et Schieman et al. (2001).

²⁵⁷ Concernant la profession d'enseignant, cf. p.ex. Kramis-Aebischer (1995, 403).

4. Déterminants, facteurs de risque et de protection de la santé psychique et du stress

Ce chapitre passe en revue les connaissances scientifiques qui entrent en ligne de compte pour des interventions dans le domaine de la santé psychique et du stress. Il explicite les diverses approches qui sous-tendent les interventions concrètes, puis présente les éléments déterminants de la santé et des maladies psychiques, ainsi que les facteurs de risque et protecteurs. Le chapitre s'achève par un résumé et des conclusions.

4.1 APPROCHES D'INTERVENTION

Le chapitre 1.3 a déjà présenté les principes essentiels de la promotion de la santé et défini les deux approches fondamentales que sont la promotion de la santé psychique et la prévention des troubles psychiques, qui restent valables ici. Le présent chapitre expose les principales approches qui permettent de donner une base scientifique et des repères concrets aux interventions dans le domaine de la santé psychique et du stress. Il énumère d'abord des approches générales, puis celles que l'on utilise souvent dans certains contextes, et enfin une approche applicable indépendamment du contexte.

4.1.1 Approches générales

Les approches choisies sont présentées ci-après dans l'ordre d'une globalité et d'une complexité décroissantes.

4.1.1.1 Qualité de vie

Définition

Quand on parle de «qualité de vie», cela ne veut pas toujours dire la même chose. Les acceptions possibles sont nombreuses et diverses, depuis le sens étroit de «bien-être subjectif d'un individu malade» jusqu'à l'idée très générale que la qualité de vie est la «somme des conditions de vie objectives et de la satisfaction subjective dans la société». L'approche de Promotion Santé Suisse s'appuie sur cette dernière définition en intégrant la définition canadienne ci-dessous.²⁵⁸

Selon une conception développée par le *Centre of Health Promotion* de l'Université de Toronto, la qualité de vie d'un individu compte trois dimensions:

- notre être (*being*), à savoir la relation aux aspects physiques, psychiques et spirituels de l'essence humaine,
- notre appartenance (*belonging*) à un milieu social et à un environnement naturel,
- notre devenir (*becoming*) au sens de l'épanouissement personnel dans la vie professionnelle et privée, dans le travail bénévole, la famille et les loisirs.²⁵⁹

Qualité de vie selon Promotion Santé Suisse

Parmi diverses acceptions possibles, nous utilisons ici celle adoptée par Promotion Santé Suisse sur la base de définitions internationales et suisses de la notion de qualité de vie.²⁶⁰ Ce concept se fonde sur la vision «bonne qualité de vie en Suisse pour tous». Comme le montre la figure 7, cette approche d'une réalité complexe englobe non seulement l'aspect psychosocial et le bien-être tel qu'il est perçu subjec-

²⁵⁸ Somaini & Stamm (2002).

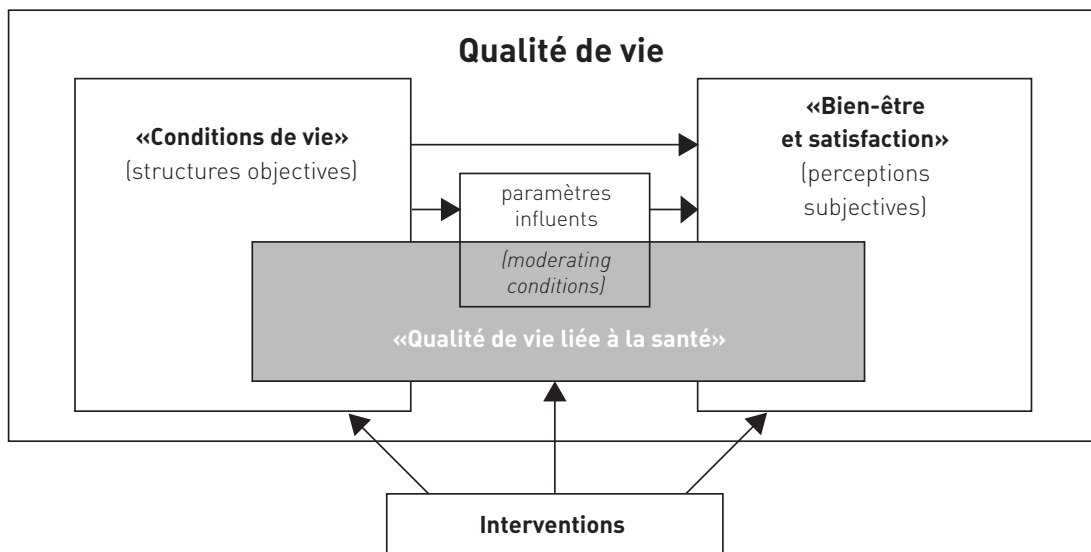
²⁵⁹ Promotion Santé Suisse (2002, 9).

²⁶⁰ P.ex. Diener & Rahtz (2000) et Federation of Canadian Municipalities FCM (2001). Notre description s'appuie sur des travaux de Promotion Santé Suisse et sur un projet pilote commandé par la Fondation et par l'Observatoire suisse de la santé: Promotion Santé Suisse (2002) et Stamm & Lamprecht (2003).

tivement,²⁶¹ mais aussi – et de façon prioritaire – les éléments objectifs, à savoir l'ensemble des données structurelles (ressources ambiantes) et des conditions sociales, politiques, juridiques et économiques qui exercent une influence déterminante sur la perception subjective de la qualité de vie.

Figure 7

Qualité de vie et «qualité de vie liée à la santé» – point de rencontre de dimensions objectives et de dimensions subjectives²⁶²



Ce schéma montre que la *qualité de vie liée à la santé* – à laquelle se réfèrent les interventions de promotion de la santé – fait partie d'une conception plus globale de la qualité de vie.

Cette conception a, entre autres avantages, celui d'établir des liens pratiques et concrets entre la promotion de la santé et d'autres activités et disciplines. Cela permet d'élaborer des plans d'action visant une qualité de vie «systémique» et intervenant à tous les niveaux: individus et familles, organisations, communes/communautés²⁶³ et villes, cantons, échelle nationale et même internationale.

Pour mesurer la qualité de vie, on a tout d'abord identifié dix domaines essentiels en y associant environ 40 indicateurs:²⁶⁴

- | | |
|--|---|
| 1. éducation et occupation | 6. culture et loisirs |
| 2. revenu et niveau de vie | 7. sécurité et fardeaux à supporter |
| 3. modes de vie et intégration sociale | 8. politique et interventions (étatiques) |
| 4. habitat | 9. environnement |
| 5. santé | 10. structure démographique de la société |

²⁶¹ Beaucoup de spécialistes s'accordent à penser que la notion de qualité de vie désigne l'aptitude d'un individu à exploiter librement son potentiel dans le cadre de sa situation personnelle et des conditions socio-écologiques générales: Promotion Santé Suisse (2002, 2ss.). La promotion de la santé a pour tâche de favoriser l'optimisation de ces conditions et d'habiliter chaque individu à aménager les conditions ambiantes dans un sens favorable à son épanouissement personnel.

²⁶² Stamm & Lamprecht (2003).

²⁶³ De concert avec des communes, Promotion Santé Suisse mène depuis 2002 le projet «qualité de vie dans les communes»; cf. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/activities/program/town/default.asp>

²⁶⁴ Stamm & Lamprecht (2003).

4.1.1.2 Bien-être

Définition

Les définitions que l'on donne du bien-être se concentrent plutôt sur l'individu et sa perception subjective de la vie, et mettent l'accent sur les ressources. Les études scientifiques à ce sujet sont unanimes à constater que le bien-être est un concept multidimensionnel et qu'il convient de faire la distinction entre bien-être actuel (humeur momentanée) et bien-être habituel (caractère ou sentiment durable)²⁶⁵. La notion de bien-être correspond généralement à un état psychique de nature essentiellement subjective.²⁶⁶

Une revue consacrée à l'analyse des facteurs psychiques de bien-être dans six domaines de la vie, au cours des trente dernières années, parvient aux conclusions suivantes:

«(...) la personne heureuse est dotée d'un tempérament positif; elle tend à considérer toute chose du bon côté et ne ressasse pas les événements pénibles; elle vit dans une société économiquement développée, a des personnes de confiance dans son entourage et possède les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs qu'elle s'est elle-même fixés.»²⁶⁷

Il a déjà été mentionné (chap. 2.1) que la santé n'est pas simplement l'absence de maladie, mais correspond, sur le plan individuel, à un équilibre dynamique de bien-être. Comme on l'a vu avec le modèle du stress, cet équilibre se réalise quand les ressources d'une personne lui suffisent pour répondre aux exigences – quand l'harmonie s'instaure entre exigences et ressources. Une situation de sur- ou de sous-sollicitation provoque un déséquilibre entre exigences à satisfaire d'une part et compétences pour y parvenir d'autre part. Cela se traduit à l'échelon individuel par un bien-être diminué, par des soucis, des craintes et un état dépressif. Le bien-être peut ainsi se définir comme

un équilibre dynamique à recréer constamment entre exigences et contraintes intérieures et extérieures d'une part, ressources intérieures et extérieures d'autre part aux niveaux personnel et social.

Une approche fondée sur le bien-être psychique²⁶⁸

Carol Ryff a élaboré un modèle construit sur la distinction entre bien-être eudémonique²⁶⁹ (poursuite d'objectifs constructifs et épanouissement de ses propres aptitudes) et bien-être hédonique (sentiments positifs de joie ou de satisfaction). Comme le montrent les six dimensions psychologiques énumérées ci-après, le bien-être eudémonique – contrairement à l'hédonisme centré sur l'ego – revêt une importance déterminante en termes de socialisation, d'où son intérêt pour la santé publique:

- autonomie ou indépendance
- maîtrise du milieu ambiant
- épanouissement personnel
- relations sociales positives
- sens de la vie
- acceptation de soi-même

Les données empiriques d'études longitudinales révèlent l'existence d'une corrélation entre bien-être eudémonique (non hédonique) et santé, qui se manifeste par diverses caractéristiques biologiques (*bio-markers*). L'instrument de mesure psychométrique pour l'autoévaluation de ces six dimensions est constitué par une échelle, laquelle a été traduite dans de nombreuses langues. Ce concept multidimensionnel s'utilise dans différentes disciplines; il a été perfectionné et validé au cours des années²⁷⁰.

²⁶⁵ Perrig-Chiello (1996).

²⁶⁶ Pour d'autres théories sur la santé subjective, cf. Faltermaier et al. (1998).

²⁶⁷ Diener et al. (1999).

²⁶⁸ Ryff & Singer (1998), Ryff & Keyes (1995).

²⁶⁹ Le Petit Robert 1996: eudémonisme: «doctrine morale selon laquelle le but de l'action est le bonheur».

²⁷⁰ P.ex. Ryff et al. (2004). Concernant le lien entre bien-être et apprentissage et performances d'élèves, cf. Hascher (2004).

4.1.1.3 Capital social

Définition

Le capital social se définit comme une énergie relationnelle, une ressource que les individus et les groupes sociaux utilisent pour atteindre des objectifs spécifiques. En d'autres termes, des relations de confiance ou l'intégration dans un réseau sur lequel on peut compter ne recouvrent pas entièrement la notion de capital social, même si ces atouts sont bénéfiques pour la santé.

Principe

Le concept de capital social a des acceptions très diverses, sur le plan de ses applications pratiques notamment. En voici les principales caractéristiques:²⁷¹

- «Le capital social est une ressource immatérielle, relationnelle et collective. Il se situe à l'extérieur de l'individu, dans des structures relationnelles spécifiques (dans l'espace des interactions interpersonnelles). Sa possession échappe aux individus, qui ne peuvent que l'utiliser et contribuer à son accroissement. Sa mise à contribution elle-même est impossible à réaliser par une seule personne, mais résulte toujours d'actes collectifs, d'interactions.
- Les principales caractéristiques de collectivités riches en capital social sont une confiance très solide ainsi que des normes de réciprocité, d'engagement, de coopération et de solidarité. Cette confiance et ces normes sont à la fois une condition nécessaire pour produire, développer et utiliser le capital social et la manifestation de celui-ci.
- Les moyens à investir pour créer et utiliser le capital social sont des actes accomplis par des individus ou des groupes sociaux sous forme d'échanges ou d'interactions. Ces échanges sont eux-mêmes les conséquences fructueuses du capital social. Ils prennent par exemple la forme d'aides, de faveurs ou d'informations réciproques. Plus on met en œuvre le capital social, plus il augmente. Un capital social inutilisé disparaît.»

La thèse selon laquelle le capital social exerce une influence positive sur la santé gagne du terrain, en particulier dans les milieux qui s'occupent de prévention des maladies mentales (dépressions, états anxieux, suicides).

L'avenir apportera sans doute des preuves scientifiques que le recours au capital social exerce des effets bénéfiques sur la santé psychique. Rien que le sentiment d'appartenance sociale amélioré par l'exploitation et l'accroissement de ce capital doit se traduire par une santé psychique renforcée; et il en va de même pour les actes d'assistance réciproque qui fortifient la confiance en soi et le sentiment de sa propre valeur. Les réseaux de relations sociales sont particulièrement précieux lors des événements graves de l'existence.²⁷²

Il y a également une corrélation étroite entre capital social et réduction des disparités sociales. Le fait d'établir un lien entre structures collectives démocratiques et solidaires d'une part, autodétermination et responsabilité personnelle d'autre part, accroît les chances des catégories socialement défavorisées d'améliorer leurs conditions de vie.²⁷³

Dans la mesure où il existe des liens avérés entre capital social et santé ainsi qu'entre capital social et inégalités sociales, l'approche «capital social» revêt une grande importance pour la promotion de la santé – d'abord en tant que modèle explicatif des facteurs sociaux de la santé, ensuite comme critère d'intervention pour la promotion de la santé en général et dans le domaine de la santé psychique et du stress en particulier²⁷⁴.

²⁷¹ Illés & Abel (2002a, 5).

²⁷² Illés & Abel (2002a, 9).

²⁷³ Illés & Abel (2002a, 12).

²⁷⁴ Illés & Abel (2002a, 12ss.). Concernant la mesure de divers aspects du capital social, cf. Lochner et al. (1999).

4.1.1.4 Capital culturel²⁷⁵

Le capital social est étroitement lié au **capital culturel ou éducatif**, qui ne peut qu'être brièvement évoqué ici. L'appartenance à une couche sociale et l'origine familiale sont des conditions essentielles pour l'acquisition d'un capital culturel. Celui-ci est constitué d'une part de compétences et d'aptitudes qui trouvent leur conclusion formelle dans des titres de formation, d'autre part de l'autorité sociale que confère un diplôme. Il s'y associe la notion de **compétence en matière de santé** (*health literacy*), c'est-à-dire l'aptitude à mener une vie saine acquise par l'éducation, la formation et la culture.²⁷⁶

Il existe également une corrélation bien établie entre éducation et santé. Plus le capital culturel est étoffé, plus l'individu ou le groupe social qui en jouit peut agir de façon active, responsable et efficace sur sa propre santé. Promouvoir le capital culturel de catégories défavorisées telles que les familles de *working poor* ou d'immigrants est un moyen de réduire l'inégalité des chances dans le domaine de la santé psychique également.

4.1.1.5 Autres approches socioculturelles

Il y a d'autres manières de promouvoir l'égalité des chances en matière de santé, p.ex.:

- modes de vie sains²⁷⁷
- situations de vie²⁷⁸
- soutien social²⁷⁹
- culture somatique.

4.1.2 Approches axées sur des contextes et des groupes cibles spécifiques

Nous présentons ici, à titre d'exemples, des approches globalement applicables aux contextes «entreprise», «école» et «famille». Le passage consacré à l'entreprise expose en outre deux modèles importants de gestion du stress au sein d'organisations.

4.1.2.1 Contexte de l'entreprise

Le modèle du capital social et du capital humain dans l'entreprise

Le schéma de Badura présenté ci-dessous visualise les trois principaux facteurs de gestion de la santé au sein de l'entreprise, et leurs interdépendances. Cette approche applique le principe du capital social (décrit plus haut) au contexte de l'entreprise, et prend en compte d'importants facteurs de santé psychique.

²⁷⁵ Ce passage s'appuie sur Illés & Abel (2002b).

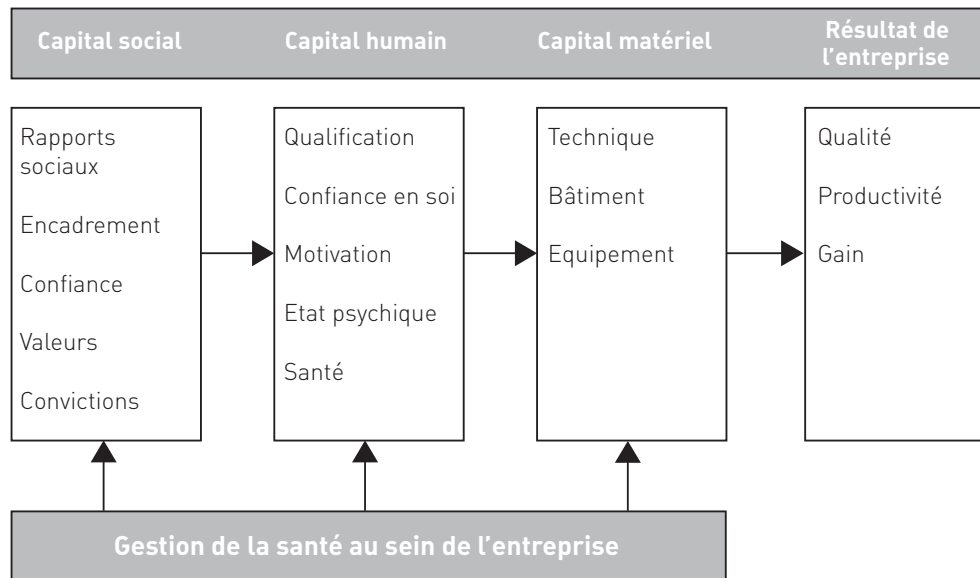
²⁷⁶ T. Abel & E. Bruhin in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 128ss.). Cf. l'article (en allemand) de Promotion Santé Suisse présentant des éléments d'une conception globale de la *health literacy* en général, et plus particulièrement pour les domaines du poids corporel, de l'activité physique et de l'alimentation: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/about/news/news_detail.asp?id=197.

²⁷⁷ Illés & Abel (2002c).

²⁷⁸ Cf. von Kardoff in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 142ss.).

²⁷⁹ Cf. p.ex.. Schwarzer (2002).

Figure 8

Gestion de la santé dans l'entreprise et capital humain/capital social²⁸⁰

A côté du capital social, le **capital humain** et le capital matériel revêtent une importance primordiale pour pouvoir gérer utilement la santé dans le cadre d'une entreprise. Contrairement au capital culturel ou éducatif, le capital humain est une notion économique qui désigne la capacité de travail d'un individu ou d'un groupe de population pouvant être mise à contribution dans les processus de production économique²⁸¹.

Gestion du stress dans des organisations

Zapf et Semmer présentent, entre autres théories sur le stress, celle de Selye et Lazarus (cf. chap. 3.1 et 3.2), le modèle *Person-Environment-Fit* ainsi que des approches utilisant la paire stressseurs-ressources²⁸². Comme le principe «ressources», basé sur Lazarus, occupe une position centrale dans ces stratégies, nous nous penchons ci-après sur deux modèles influents de ce type. L'un et l'autre partagent l'idée, généralement admise par les psychologues du travail, qu'il convient d'examiner systématiquement les stressseurs en relation avec les ressources correspondantes²⁸³ et qu'il s'agit toujours de *réduire les facteurs de stress* et de *développer les ressources*²⁸⁴.

Le modèle exigences-autonomie du travail (*Job Demand-Control-Support*)²⁸⁵

Le modèle exigence-autonomie du travail de Karasek met bien en évidence les interactions entre stressseurs et ressources. Il repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail peut être décrite par la confrontation d'exigences (*demands*) et de degré d'autonomie décisionnelle, dont il résulte quatre combinaisons (cf. fig. 9). La première dimension, de gauche en bas vers la droite en haut, décrit l'augmentation des réactions de stress: avec des stressseurs faibles et simultanément une grande autonomie décisionnelle, on éprouve peu de stress. Inversement, des exigences élevées assorties d'une faible marge de manœuvre se traduisent par un stress chronique. La seconde dimension [de gauche en haut vers la droite en bas] décrit le niveau d'activité. Si l'autonomie décisionnelle aussi bien que les stressseurs sont considérables, on a affaire à une activité intense et motivante, qui n'est pas source de stress.

²⁸⁰ Badura & Hehlmann (2003, fig. 3).

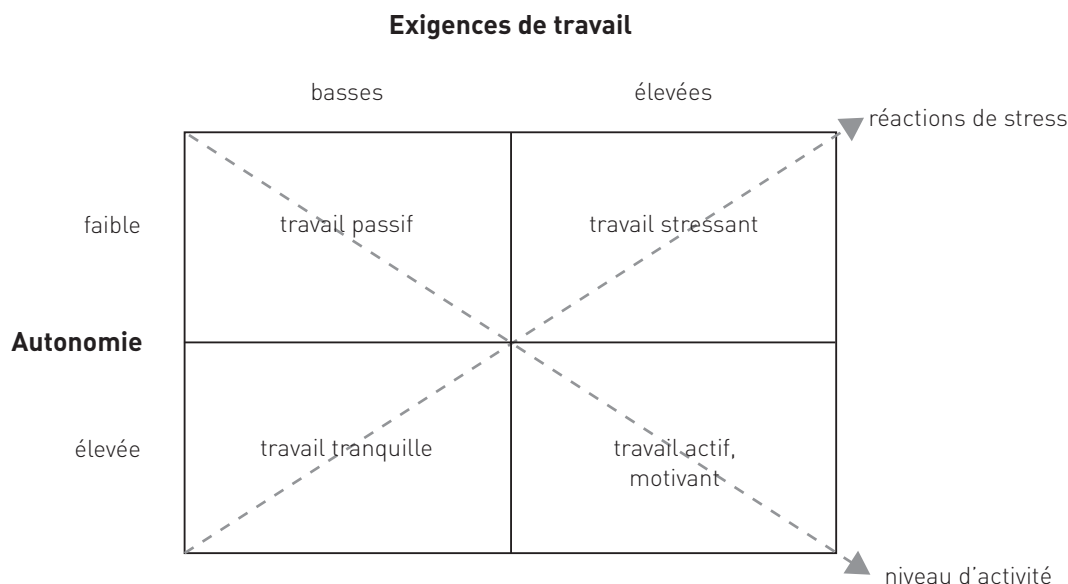
²⁸¹ Illés & Abel (2002b, 2).

²⁸² Zapf & Semmer (2004, chap. 2.3).

²⁸³ Semmer (1997) et Bamberg et al. (2003).

²⁸⁴ Mohr & Udris (1997; Semmer & Udris (2004, 183).

²⁸⁵ D'après Zapf & Semmer (2004, 1022ss.).

Figure 9Le modèle demande-autonomie au travail de Karasek²⁸⁶

Le modèle de Karasek et l'importance capitale que revêt l'autonomie au travail (et le stress chronique imputable à la perte d'autonomie) ont été largement confirmés par des études empiriques. Cette conception bidimensionnelle a été augmentée, d'après House²⁸⁷, de la dimension du soutien social pour donner le modèle *Job Demand-Control-Support*. En l'absence de soutien social au travail, il faut ainsi s'attendre à une réaction de stress encore accrue. Des études récentes indiquent par ailleurs que le contrôle exercé sur sa propre activité ne peut servir de «tampon» face à de hautes exigences que si l'on dispose de ressources personnelles appropriées (efficacité individuelle).²⁸⁸

Le modèle des crises de gratification au travail

Le modèle des crises de gratification de Siegrist²⁸⁹ (*Effort-Reward-Imbalance*) va au-delà de l'activité elle-même. Il met en évidence le fait qu'un déséquilibre entre les tâches professionnelles à accomplir et la reconnaissance sociale (gratification) obtenue en retour peut aboutir à des réactions de stress. Les gratifications reçues sont de divers ordres – rémunération, appréciation, contrôle sur le statut professionnel (perspectives de promotion, sécurité de l'emploi, activité formatrice). On considère que la combinaison de tâches durablement astreignantes et de gratifications relativement minimales multiplie le risque de stress et de troubles psychiques.

De nombreux travaux ont également étayé le modèle des crises de gratification.²⁹⁰ Il semble que les manifestations d'un manque d'appréciation aient un impact particulier dans les professions de la santé. Quand l'engagement personnel n'est pas apprécié à sa juste valeur, cela risque de déboucher sur une crise de gratification qui se traduira notamment par de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires

²⁸⁶ D'après Zapf & Semmer (2004, 1023); cf. aussi Karasek (1979) et Karasek & Theorell (1990).

²⁸⁷ House (1981).

²⁸⁸ Semmer & Udris (2004, 182).

²⁸⁹ Siegrist (1996).

²⁹⁰ S. Siegrist (sous presse), Zapf & Semmer (2004, 1066), Godin et al. (2005).

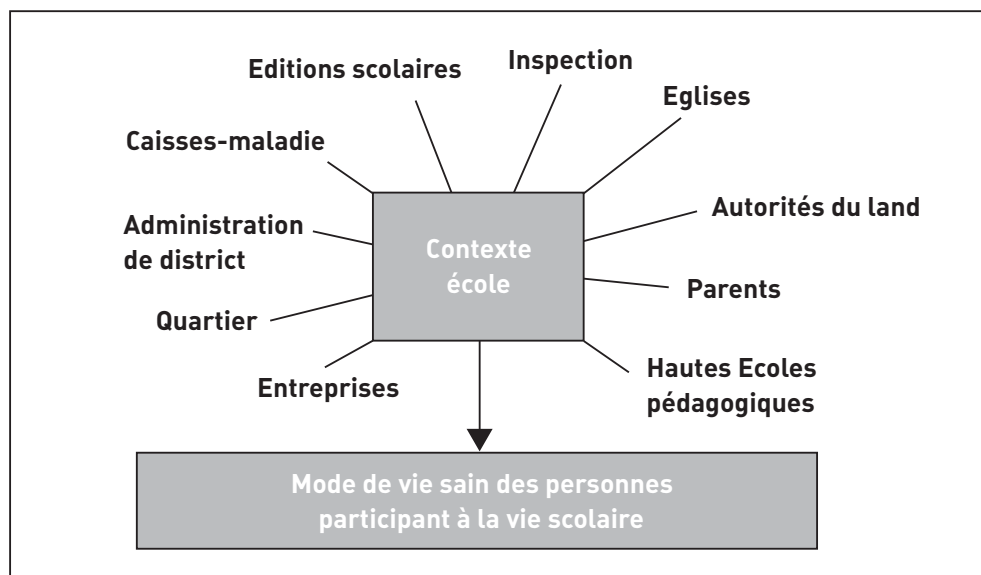
pouvant avoir une issue fatale.²⁹¹ Ces constatations et la multiplication des crises de gratification témoignent de l'importance que revêt la gestion des ressources humaines pour la santé des employés. Le modèle «exigences-autonomie au travail» aussi bien que le modèle «crises de gratification» permettent de ramener la complexité psychosociale du monde du travail aux aspects essentiels de la santé physique et mentale, facilitant ainsi l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions dans les entreprises.²⁹²

4.1.2.2 Contexte de l'école

Le système scolaire est exposé à de nombreux facteurs de stress, du fait que l'école s'inscrit dans un réseau d'exigences extrêmement diverses et en partie contradictoires. Schneider a visualisé cet ensemble d'exigences sous l'angle de la promotion de la santé en Allemagne, par le schéma ci-après²⁹³:

Figure 10

L'école au centre de nombreuses exigences



Ce point de vue se base sur la constatation que toute vie humaine se déroule dans des contextes sociaux, et que beaucoup de ces contextes comportent des facteurs favorables aussi bien que des facteurs nuisibles pour la santé. Dans cette optique, l'éducation à la santé traditionnelle – basée essentiellement sur l'enseignement – a été élargie pour devenir «l'école en santé», c'est-à-dire un lieu d'apprentissage, de travail et de vie favorable à la santé.²⁹⁴ Le but de la promotion de la santé à l'école en général, et de la prévention du stress et du renforcement des ressources personnelles et sociales en particulier, est d'apporter une contribution spécifique à l'épanouissement des compétences personnelles, sociales et environnementales – donc à l'instauration d'un mode de vie sain.

²⁹¹ Sources chez Ulich & Wülser (2004, 87ss.). Rugulies (2005) a observé en permanence 314 travailleurs masculins de la métallurgie. Après six ans et demi, 21 d'entre eux avaient été victimes d'un infarctus du myocarde. Comparativement à leurs collègues restés en santé, ces sujets se caractérisaient par davantage d'épuisement (surtout travail dans l'urgence et incapacité de prendre du recul) et moins de gratification (surtout moins de promotion, plus grande précarité de l'emploi). La combinaison épuisement-faible gratification était présente chez 38% des victimes d'infarctus, mais seulement chez 7,4% des autres ouvriers. Une analyse plus approfondie a inclus les sujets présentant des symptômes subcliniques d'une maladie coronarienne avancée. Les sujets affectés par une crise de gratification présentaient un risque coronarien six fois plus élevé que ceux qui n'avaient aucun symptôme d'épuisement ou de déficit de gratification.

²⁹² Vézina et al. (2003).

²⁹³ Schneider (2003).

²⁹⁴ Cf. Aregger & Lattmann (2003).

Le concept présenté ci-après de la «bonne école en bonne santé» (*gute gesunde Schule*)²⁹⁵ part de l'idée que la promotion de la santé dans le cadre scolaire ne peut obtenir des succès durables qu'en étant intégrée à la fonction première de l'école, donc avec un soutien actif et clair de celle-ci. C'est à cette condition que la promotion de la santé à l'école sera considérée par les enseignants non pas comme une tâche supplémentaire, mais comme une aide dans l'accomplissement de leur travail de formation et d'éducation. Cela permettra peut-être également de toucher un plus grand nombre d'écoles et pas seulement celles qui s'intéressent de toute manière à certains thèmes de santé.

Figure 11

Champs d'action (intérieur: 1a–4a) et principes (extérieur: 1b–4b, 5) de la «bonne école en bonne santé»

Salutogenèse (5)				
Participation/ autonomisation/ sensibilisation (4b)	Mandat éducatif et formateur (1a)		Apprendre et enseigner (2a)	Réseautage intérieur / extérieur (4b)
		Bonne école en bonne santé		
	Encadrement et gestion (3a)		Ambiance et culture (4a)	
Conception globale de la santé et des facteurs agissant sur celle-ci (2b)				
Initiatives de développement durable dans le cadre scolaire (1b)				

4.1.2.3 Contexte de la famille

Le concept de résilience

Définition

Par analogie avec la physique, on entend par résilience «la capacité d'un organisme stressé de retrouver sa forme originelle après une atteinte physique infligée par des forces agissant de l'extérieur. (...) En psychologie, on qualifie de résilience l'aptitude d'un être humain à se remettre de coups du sort et à s'adapter à des situations nouvelles.»²⁹⁶

Principe²⁹⁷

Selon les modèles actuels basés sur le principe de résilience, deux types de facteurs réduisent la probabilité de dysfonctionnements et de maladies psychiques lorsque surviennent des événements qui bouleversent une existence:

- facteurs individuels tels que constitution physique, santé ou tempérament, ainsi que facteurs nés de la confrontation avec le milieu physique et social – estime de soi-même, stratégies de maîtrise du stress ou objectifs d'efficacité individuelle, et
- ressources ambiantes – revenu de la famille, existence d'un soutien social ou assistance psychosociale à l'échelon de la commune/communauté.

²⁹⁵ Paulus (2004).

²⁹⁶ Grob (1997, 150).

²⁹⁷ La recherche sur la résilience remonte à Emmy E. Werner et Ruth S. Smith (1982: «Vulnerable but invincible») avec leur célèbre enquête auprès d'un groupe multiculturel de 688 enfants puis adolescents nés en 1955 à Kauai, une île hawaïenne, durant 20 ans. Leur concept de résilience est parti de l'observation «que quelques enfants, malgré le fait qu'ils aient grandi dans une extrême pauvreté et que leurs parents étaient psychologiquement malades, avaient passé une enfance et une adolescence relativement insouciantes, et qu'ils se débrouillaient bien dans leur vie d'adultes»: Grob (1997, 150). Werner et Smith (1982) supposaient qu'une ou plusieurs conditions stressantes (statut socio-économique de la famille, état psychique des parents) étaient des facteurs suffisants pour déterminer le risque auquel les enfants et les adolescents étaient exposés.

Le concept de résilience est utilisé principalement dans les études portant sur les enfants, les adolescents et les couples. On considère comme résilients les jeunes caractérisés par

«une attitude foncièrement positive en dépit de circonstances physiques, psychiques ou sociales défavorables. Les adolescents résilients se distinguent par des compétences qui – une fois acquises – constituent des facteurs de protection contre les déboires qui peuvent leur survenir. Des jeunes résilients sont probablement mieux à même de maîtriser leur réflexion et leurs sentiments, et se montrent plus aptes que d'autres à se tirer d'affaire face aux difficultés que comportent certaines phases de leur développement.»²⁹⁸

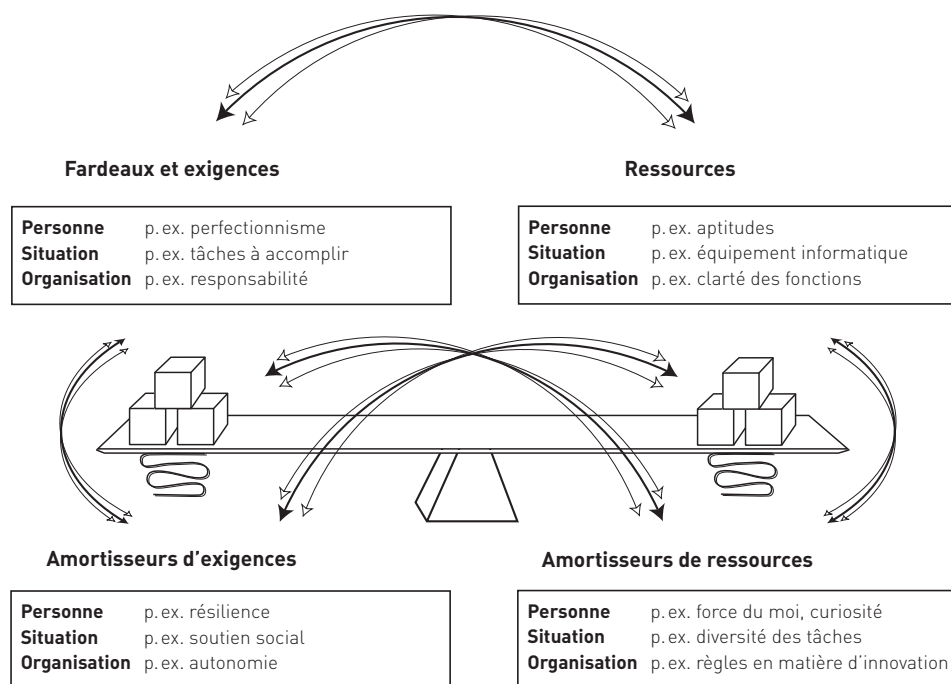
Les résultats d'une étude longitudinale de 3500 enfants et adolescents, en Norvège ainsi qu'en Suisse alémanique et romande, semblent indiquer que les jeunes résilients disposent de tout un répertoire de stratégies d'adaptation (résolution du problème, maîtrise de ses émotions, diversion) qui leur offrent une marge de manœuvre plus étendue face aux situations stressantes.²⁹⁹ De plus, ces jeunes – seulement 6% du total dans l'enquête en question – se sentent plus aptes à contrôler la situation que leurs contemporains non-résilients.

4.1.2.4 Approches supracontextuelles: un modèle d'équilibre de vie (*life balance*)³⁰⁰

La littérature spécialisée compte encore peu d'apports substantiels sur cette thématique importante. Une des rares démarches scientifiques dans ce sens a été faite par Kastner, dont nous présentons ici le modèle de *work-life balance*³⁰¹.

Figure 12

Le phénomène de bascule, métaphore du *work-life balance*³⁰²



²⁹⁸ Grob (1997, 151).

²⁹⁹ Grob (1999, 250).

³⁰⁰ concernant cette notion, cf. chapitre 3.3.8.

³⁰¹ Kastner & Müller (2003); aussi in: Kastner (2004, 1-66) avec de nombreux articles scientifiques sur divers aspects du *work-life balance*.

³⁰² Kastner & Müller (2003, 27).

Ce modèle complexe et axé sur le vécu comporte cinq processus de bascule servant à visualiser des phénomènes de stress importants et les stratégies visant à maîtriser ceux-ci:

1. Chargée à une extrémité d'un certain poids d'épreuves et d'exigences, la bascule est censée se maintenir plus ou moins à l'horizontale au moyen des ressources placées à l'autre extrémité. Les mouvements (et leur amplitude) doivent être compensés par des phases de régénération suffisantes pour éviter un stress chronique.
2. Il ne faut pas que les exigences prennent le dessus au point que la bascule penche sans arrêt à gauche, ce qui témoignerait d'un surmenage permanent, caractérisé par les phénomènes connus de stress; ce déséquilibre est empêché par un système amortisseur.
3. Il en va de même à l'autre extrémité: les ressources ne doivent pas dominer et faire pencher la bascule constamment à droite, ce qui traduirait une situation de sous-sollicitation accompagnée de sentiments d'absurdité et de comportements inadéquats; on active là aussi des amortisseurs pour assurer l'équilibre.
4. Il convient de doser les investissements effectués dans des amortisseurs d'exigences et dans des ressources (cf. flèche reliant la gauche en bas à la droite en haut). La différence entre ressources et amortisseurs, c'est que les premières renforcent les énergies et les activités souhaitables, tandis que les seconds atténuent les effets des énergies négatives.
5. Inversement, les amortisseurs de ressources doivent être compensés par la recherche d'exigences complémentaires. Surestimation aussi bien que sous-estimation se traduisent par des sollicitations inadéquates.

Les interventions destinées à maintenir, optimiser ou rétablir ces équilibres peuvent s'appliquer à quatre endroits, à savoir a) fardeaux et exigences, b) ressources, c) amortisseurs d'exigences,³⁰³ d) amortisseurs de ressources. Cela doit se faire en tenant compte des interactions dynamiques entre la personne, la situation et l'organisation.

4.2 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DES MALADIES PSYCHIQUES

Conformément au modèle servant à caractériser les résultats de la promotion de la santé et de la prévention,³⁰⁴ le présent chapitre commence par énoncer les objectifs à atteindre globalement dans le domaine de la santé psychique, puis présente les déterminants de celle-ci et énumère enfin les facteurs de risque et de protection qui agissent sur ces déterminants. Comme pour les chapitres précédents, il s'agit non pas de faire ici une description complète et détaillée, mais de mettre en évidence les interactions entre déterminants de la santé et facteurs agissant sur ceux-ci ainsi qu'entre déterminants et résultats finaux.

4.2.1 Objectifs globaux de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé psychique et du stress

Il s'agit ici des buts de promotion de la santé et de prévention à atteindre globalement dans le domaine particulier de la santé psychique et du stress. La liste du tableau 4 doit servir de récapitulation générale aux organismes chargés d'élaborer des stratégies et de planifier leur mise en œuvre; elle ne donne pas de précisions sur les objectifs quantitatifs ou les contextes des interventions à prévoir. Pour faciliter la vue d'ensemble, les objectifs de la prévention et ceux de la promotion de la santé sont présentés parallèlement, alors que les deux démarches se complètent mutuellement. Les objectifs globaux de prévention découlent des données épidémiologiques figurant dans les chapitres 2 et 3, tandis que ceux de la promotion de la santé se fondent sur les principes exposés au chapitre 4.1.³⁰⁵

³⁰³ Reste à savoir pourquoi les facteurs amortisseurs ne sont pas définis comme des ressources des deux côtés de la bascule.

³⁰⁴ Ce modèle fait partie du schéma directeur de Promotion Santé Suisse pour les pratiques d'excellence: cf. annexe IV.

³⁰⁵ Cf. résultats à moyen et long termes de la promotion de la santé psychique de la *Victorian Health Promotion Foundation*, annexe I.

Tableau 4

Objectifs globaux de la promotion de la santé et de la prévention dans le domaine de la santé psychique et du stress

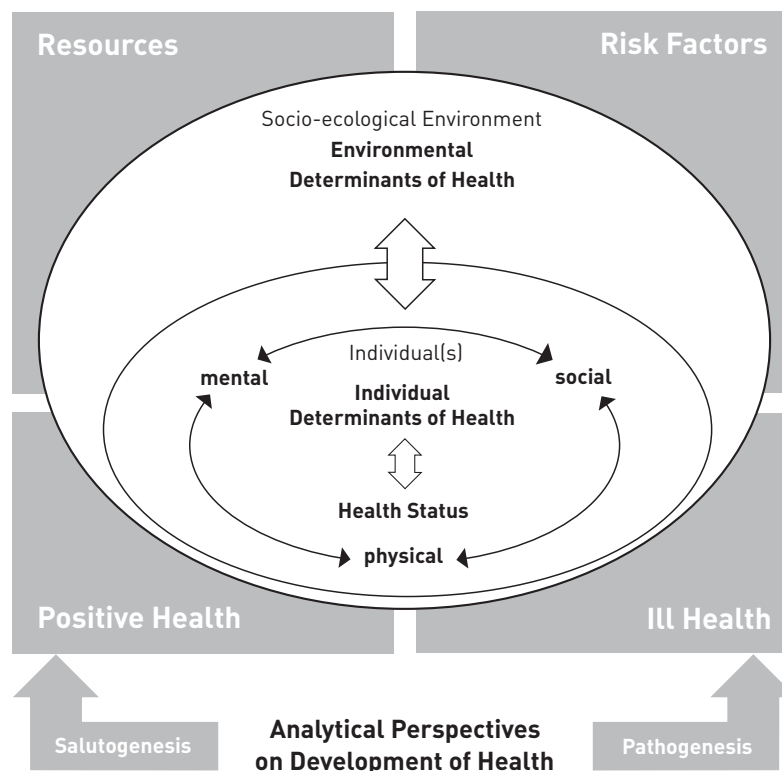
Prévention	Promotion de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • réduction du fardeau des maladies et des troubles psychiques pour la société, les familles et les individus • réduction des taux de suicide • recul de l'invalidité, des bénéficiaires de l'AI et de l'assistance sociale • baisse de la stigmatisation des personnes atteintes d'affections psychiques • réduction de la violence physique et psychique (notamment <i>mobbing/bullying</i>) • réduction des situations de sur- et sous-sollicitation ou de stress chronique (notamment <i>burnout</i>) • réduction de la désintégration sociale, notamment de la solitude et de l'isolement • diminution du chômage • diminution des coûts (sociaux) du stress 	<ul style="list-style-type: none"> • amélioration de la qualité de vie et des compétences individuelles en la matière • amélioration du bien-être, de l'équilibre psychique (sérénité) et de la santé physique • amélioration de la résilience (résistance au stress) • sensibilisation de la population à la santé et aux maladies psychiques • amélioration du cadre structurel • renforcement du capital social, de la paix et de la cohésion sociales, promotion de l'intégration sociale et de la solidarité • amélioration de la sécurité sociale • amélioration de la joie de vivre et de la créativité • amélioration de la productivité (PIB)

4.2.2 Les notions de déterminant et de facteurs de risque et de protection

Pour faire du bon travail en promotion de la santé et en prévention, il est essentiel de bien définir les déterminants de la santé (et de la maladie) et de connaître les facteurs qui agissent dans un sens favorable ou défavorable sur ces déterminants. Un déterminant est un facteur qui exerce une influence avérée sur la santé et la maladie. Les interventions efficaces sont basées sur la connaissance des corrélations entre déterminants et facteurs de risque et de protection. Elles visent à réduire les facteurs de risque (démarche de la prévention) et/ou à renforcer les facteurs de protection ou ressources (démarche de la promotion de la santé), afin d'exercer une influence positive sur les conditions de santé et d'améliorer celle-ci. Les individus et les groupes – en particulier la société en tant que système politiquement structuré et les institutions qu'elle comporte – ne sont pas exposés sans défense aux risques de la vie mais disposent en principe de ressources personnelles et collectives qui permettent d'affronter ces risques. De même, l'individu peut influencer et graduellement surmonter les situations de stress en faisant appel aux ressources intérieures et extérieures dont il dispose.³⁰⁶

Dans la recherche et la pratique, on omet souvent de faire une distinction claire et nette entre déterminants et résultats d'une part, facteurs de risque et facteurs de protection d'autre part. Ce qu'on appelle déterminants dans le présent rapport, ce sont les conditions neutres ou conditions initiales de la santé ou de la maladie, subissant l'influence positive ou négative des facteurs de risque et des facteurs de protection.

³⁰⁶ Concernant le *coping*, cf. 3.2.2.3. Cf. Semmer & Udris (2004, 180), qui constatent: «Les conditions de travail recèlent, tout comme les personnes, un potentiel salutogénétique, c'est-à-dire propice à la santé». Cela revient à dire, avec Semmer (1997) et Bamberg et al. (2003), que les facteurs de risque ou stressors doivent toujours être considérés en relation avec les ressources correspondantes. Les psychologues du travail qui font des recherches sur le stress sont fondamentalement d'accord qu'il s'agit toujours «de réduire les facteurs de stress et de développer les ressources»: Mohr & Udris (1997) und Mohr & Udris (1997); Semmer & Udris (2004, 183).

Figure 13EUHPID Health Development Model³⁰⁷

Selon son intensité et les conditions dans lesquelles il agit, un facteur donné peut constituer un risque ou une protection, et inversement. Dans le contexte de l'entreprise, par exemple, l'équilibre individuel est tributaire d'une adéquation aussi parfaite que possible entre les exigences et les ressources intérieures et extérieures. L'exercice d'une activité professionnelle est en principe une source importante de bien-être et de qualité de vie, mais peut aboutir dans certaines conditions à un surmenage persistant qui constitue en soi un sérieux risque pour la santé psychique, sociale et physique. Il y a corrélation étroite et interaction entre déterminants personnels de la santé et état de santé d'une part (flèche dans le petit cercle de la fig. 13), et entre déterminants ambiants de la santé et état de santé personnel d'autre part (flèche entre grand cercle et petit cercle). Dans notre exemple schématique, les conditions de travail – facteurs de risque ou de protection selon les cas – exercent une influence sur le déterminant «activité professionnelle». Elles tendent soit à amplifier le stress, soit à susciter du bien-être. D'une manière générale, il y a en jeu toute une série de facteurs de risque et de ressources.

Le degré d'autonomie est un autre exemple significatif: la marge de manœuvre (la liberté de s'organiser comme on l'entend) dont on dispose est en principe une ressource importante. L'individualisation croissante de la carrière personnelle et la multiplication des modes de vie et des valeurs dans la société moderne témoignent de libertés nouvelles. Mais chez des jeunes confrontés au problème de choisir leur métier en étant dépourvus de points de repère et avec peu de chances réelles de faire carrière, ce facteur de protection se transforme facilement en défi ingérable et en facteur de risque.

³⁰⁷ European Community Health Promotion Indicator Development EUHPID: Bauer et al. (2003).

4.2.3 Déterminants de la santé et des maladies psychiques

Cette section énumère les principaux déterminants de la santé psychique et de ses altérations, avec les variations inhérentes à diverses populations et à certains contextes. Nous ne mentionnons pas ici les déterminants – âge, sexe, facteurs constitutionnels et génétiques, etc. – sur lesquels la promotion de la santé et la prévention n’ont aucune prise, mais qui revêtent une grande importance pour la détermination des groupes cibles et l’élaboration des interventions.

Il existe différentes classifications des déterminants de la santé psychique et de ses altérations.³⁰⁸ Les déterminants sociaux et socio-économiques ont été particulièrement bien étudiés.³⁰⁹

La classification ci-dessous est inspirée du modèle *EUHPID*, illustré dans la section précédente (fig. 13).³¹⁰ Elle reprend les trois dimensions principales de la santé psychique, et met celles-ci en relation avec des déterminants ainsi qu’avec des facteurs de risque et de protection ou ressources. Ce modèle compte les deux catégories principales que sont d’une part les déterminants individuels de la santé avec leurs aspects physiques, psychiques et sociaux, d’autre part les déterminants environnementaux avec leurs aspects écologiques, économiques et sociaux. L’état de santé psychique reflète l’équilibre (ou le déséquilibre) entre individu et environnement.

Le choix des principaux déterminants de la santé psychique dans le tableau 5 est basé sur deux modèles *STAKES* de Finlande repris par le réseau européen *EMIP*³¹¹ ainsi que sur les déterminants sociaux de Wilkinson et Marmot.³¹²

Tableau 5

Déterminants individuels et environnementaux de l’état de santé psychique

Déterminants individuels

psychiques et psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> • vie intra-utérine et naissance • petite enfance • événements majeurs de l’existence • émotions, connaissances, actions • identité, idée de soi-même, sentiment de sa propre valeur • autonomie • capacité d’adaptation • éducation et savoir • importance subjective de la vie
physiques	<ul style="list-style-type: none"> • constitution et résistance physiques

³⁰⁸ P.ex. Hurrelmann in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 26ss.); Victorian Health Promotion Foundation (2005), annexe I; EuroHealthNet et al. (2005, 27) oder Illés & Abel (2002, 50).

³⁰⁹ Cf. Wilkinson & Marmot (2003) et Marmot (1999).

³¹⁰ Cf. Bauer et al. (2003).

³¹¹ Cf. aussi la présentation de la stratégie de mise en œuvre de l’*EMIP* au chap. 5.1.1, ou EuroHealthNet et al. (2005, 7 et 27): modèle fonctionnel de la santé psychique de V. Lehtinen et modèle structurel de E. Lahtinen, dont les déterminants ont été quelque peu précisés ici.

³¹² Wilkinson & Marmot (2003) et Marmot (1999).

Déterminants environnementaux

sociostructurels	<ul style="list-style-type: none"> • politiques (<i>policies</i>) sociales • politiques (<i>policies</i>) organisationnelles • accès à la formation • qualité des services de santé et accès à ceux-ci
socioculturels	<ul style="list-style-type: none"> • système des valeurs prédominantes de la société (égalité des chances, droits de l'homme) • statut social de la santé psychique • règles des interactions sociales • critères sociaux de santé et de maladie mentales • tolérance aux déviations
économiques	<ul style="list-style-type: none"> • accès à des ressources financières
écologiques	<ul style="list-style-type: none"> • accès à l'habitat • environnement physique

Wilkinson et Marmot affirment que le chômage et le stress sont des déterminants sociaux avérés.³¹³ Le stress tel qu'il se présente comme processus évolutif chez l'individu, les stressés et leurs conséquences ont été décrits au chapitre 3. Le stress considéré comme un déterminant représente la dimension socio-structurelle du phénomène.

La présence simultanée de certains déterminants renforce leur influence sur la santé. Il est établi notamment que le risque de maladies graves et de décès prématuré est deux fois plus élevé chez les personnes appartenant à des groupes caractérisés par de mauvaises conditions à la fois sociales et économiques que chez les personnes situées au haut de l'échelle.³¹⁴

4.2.4 Déterminants contextuels et sociologiques de la santé psychique

Lors d'interventions, il faut tenir compte du fait que l'application choisie touche des groupes de population caractérisés par une constellation particulière de déterminants. Selon le contexte et la phase de vie, le secteur (p.ex. économie, éducation, politique ou santé) ou l'étendue géographique et les groupes cibles (sexe, condition de migrants), certains déterminants ont davantage d'importance que d'autres. Passer en revue contextes ou secteurs avec leurs déterminants spécifiques dépasserait le cadre du présent rapport.³¹⁵ Nous nous contenterons donc de signaler ici, à titre d'exemple, **une liste de déterminants du bien-être subjectif chez les jeunes**³¹⁶. Il s'agit de préciser les déterminants spécifiques aussitôt que le contexte et les groupes cibles ont été définis dans le cadre d'une stratégie donnée et du plan d'intervention.

³¹³ Wilkinson & Marmot (2003, 12ss. et 20ss.). C'est là un exemple parmi beaucoup d'autres d'usage inconsistant et de confusion entre déterminants neutres d'une part, facteurs de risque et de protection d'autre part.

³¹⁴ Cf. *The social gradient* in: Wilkinson & Marmot (2003, 10) ainsi que Lamprecht et al. (2005, chap. 4 Soziale Ungleichheit und Gesundheit).

³¹⁵ Illés & Abel (2002, chap. 7.3) présentent des déterminants spécifiques pour les cadres de vie travail, famille, école et loisirs.

³¹⁶ Voir note de bas de page suivante.

4.3 SANTÉ PSYCHIQUE ET STRESS: FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION OU RESSOURCES

Les effets combinés des facteurs de risque et de stress avec les déterminants ont été décrits au chapitre 4.2.2. Etant donné que les facteurs de risque peuvent se transformer en facteurs de protection et inversement, ces deux catégories de paramètres sont présentées ensemble. Une autre constatation à faire est que ces facteurs peuvent varier selon le contexte et la phase de vie, le secteur, la portée géographique ou les groupes cibles; il convient donc de les définir dans le cadre du plan d'intervention.³¹⁷

4.3.1 Facteurs de risque et facteurs de protection généraux

Le tableau ci-dessous se limite à une liste d'exemples de facteurs de risque et de facteurs de protection agissant d'une manière générale sur la santé psychique dans les pays développés.³¹⁸

³¹⁶ Selon Grob & Jaschinski (2003, 131ss.) et Grob (1999, 247ss.):

Conditions-cadres socio-économiques: un revenu suffisant, la possibilité d'organiser soi-même le cours de son existence, la garantie des droits de l'homme et un métier satisfaisant sont des facteurs de bien-être. Le fait d'être satisfait de sa propre situation financière est plus important que le revenu objectif.

Événements critiques, épreuves de l'existence: les adolescents ne parviennent pas à surmonter sans séquelles plus de trois événements malheureux en l'espace de deux ans. Leur bien-être est durablement amoindri par l'accumulation de stressseurs.

Caractère individuel: les gens heureux se distinguent par un sentiment positif de leur valeur personnelle, par l'extraversion et l'optimisme, et par le sentiment de maîtriser leur vie. Les personnes qui ont l'impression de ne pas maîtriser leur existence la considèrent comme téléguidée par autrui.

Sentiment d'assurance dans la vie: dans l'étude longitudinale bernoise de Grob (1999, 248ss.), des jeunes globalement sûrs d'eux manifestaient une attitude plus positive à l'égard de la vie, davantage d'estime de soi, une plus grande joie de vivre et moins de tendances dépressives que les jeunes qui n'ont guère le sentiment de maîtriser leur existence. Mais ces derniers ne relataient pas davantage de problèmes ou de maux physiques que les premiers. Les données obtenues indiquent qu'une surestimation initiale de l'aptitude à maîtriser son existence conduit par la suite à un plus bas niveau de satisfaction. L'étude suggère que cette surestimation, selon son ampleur, peut être normale ou pathologique. Ce dernier cas se présente lorsque le vécu quotidien ne justifie plus l'assurance manifestée. – Une étude sur le bien-être d'adolescents aux Etats-Unis et dans sept pays d'Europe centrale et orientale ainsi que dans six contextes d'Europe occidentale (dont la Suisse) met en lumière des corrélations stables entre assurance (sentiment de maîtriser sa vie) et bien-être.

Stratégies visant à surmonter le stress: ayant examiné les stratégies fonctionnelles, Grob & Jaschinski (2003) en concluent que le bien-être est élevé chez les jeunes qui cherchent une distraction aux sentiments négatifs (*coping* actif), acceptent ces sentiments et essaient d'améliorer leur humeur par des souvenirs agréables (*coping* interne). Refouler ou éviter ces sentiments, ou les dépasser par des comportements agressifs, produisent l'effet contraire.

Contexte socioculturel et sociopolitique: dans la même étude transversale de 1992, les jeunes de la tranche d'âge supérieure se trouvant dans des pays de l'ex-bloc socialiste avaient une conception de la vie moins positive que leurs contemporains d'Europe occidentale.

Relations sociales: une étroite corrélation a été établie également entre relations sociales et bien-être. Les jeunes qui bénéficient d'un réseau social actif et de relations interpersonnelles satisfaisantes, qui peuvent parler de leurs problèmes personnels avec des amis, sont plus satisfaits de leur vie et moins accablés de problèmes que des jeunes isolés.

³¹⁷ Zapf & Semmer (2004, chap. 3, 4 et 5) présentent en détail les facteurs de risque et les ressources personnels et structurels au sein d'organisations.

³¹⁸ Cette liste s'appuie sur les sources suivantes: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 189ss. et 195ss.), Illés & Abel (2002, 51ss.), Politique nationale suisse de la santé (2004c), Hosman et al. (2004, 20ff.).

Tableau 6

Liste d'importants facteurs de risques et facteurs de protection ou ressources dans le domaine de la santé psychique

Facteurs de risque	Facteurs de protection/ressources
au niveau de l'individu ³¹⁹	
<ul style="list-style-type: none"> • pessimisme («attentes foncièrement négatives pour l'avenir») • compétences psychosociales déficientes – faible niveau de confiance en soi, image négative de soi-même, manque d'acceptation et de respect de soi-même • difficulté à établir des contacts et à prendre des décisions • sentiments d'impuissance et de faiblesse • manque de vigueur – manque de volonté, sur- ou sous-sollicitation et perte de contrôle sur soi-même et sur l'environnement • sentiments de vide, d'inanité • attitude socialement négative • manque de compétences générales pour «vivre et agir», stress chronique, difficultés multiples • besoins vitaux mal satisfaits • transitions entre phases de l'existence³²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • assurance («attentes foncièrement positives pour l'avenir»)³²¹ • stabilité psychique: image positive de soi-même et sentiment de sa propre valeur, acceptation et respect de soi-même, confiance en soi, efficacité individuelle • conviction générale de contrôler la situation, notamment sa propre santé • conviction d'être à même de maîtriser sa situation et les conflits de son existence • vigueur (<i>hardiness</i>) – capacité de s'engager, de relever des défis, d'exercer un contrôle sur soi-même et sur l'environnement • aptitude à s'épanouir, à trouver un sens à sa vie, à se comprendre soi-même • attitude socialement positive • aptitude générale à surmonter activement les problèmes, à maîtriser les difficultés de l'existence et à s'imposer • satisfaction des besoins vitaux
au niveau de l'environnement	
<ul style="list-style-type: none"> • désintégration sociale: exclusion sociale, conflits culturels, discrimination et stigmatisation de certains groupes, intolérance et méfiance • séparations et perte de proches • crise des valeurs, manque de repères solides dans tous les domaines (famille, école, métier, loisirs, société) • environnement stressant • vécu de violence et de mauvais traitements, enfance abandonnée • inégalité des chances sur les plans éducation, métier, sexe, catégorie socio-économique, âge, passé de migrant 	<ul style="list-style-type: none"> • soutien social, intégration dans un réseau social fort, paix sociale et solidarité, tolérance et confiance dans la société, l'entreprise, le couple, la famille • relations intimes stables • personnes de référence et d'identification, modèles positifs dans tous les domaines (famille, école, métier, loisirs, société) • milieu ambiant psychiquement sain • relations et expériences positives, en particulier durant l'enfance et l'adolescence • égalité des chances sur les plans éducation, métier, sexe, catégorie socio-économique, âge, origine de migrant

³¹⁹ Cf. les cinq *skill clusters* ou groupes de compétences du concept SEL (*Self Awareness, Social Awareness, Self-Management, Responsible Decision Making, Relationship Skills*) développé par CASEL, un collectif de travail de l'Université d'Illinois qui anime entre autres la discipline de l'apprentissage social et émotionnel (cf. annexe II: S2.1).

³²⁰ Cf. p.ex. Perrig-Chiello (2004, 129ff.).

³²¹ Quelques-unes des ressources énumérées ici recouvrent le sentiment de cohérence d'Antonovsky avec ses trois composantes: compréhension du monde, façonnabilité des situations de l'existence, reconnaissance d'un sens à sa propre vie (cf. chap. 1.3.2).

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • pas d'activité rémunérée • régime autoritaire ou totalitaire (éducation, formation, travail, société, politique), liberté d'action restreinte • vision matérialiste, utilitariste de la vie • travail et loisirs dominés de plus en plus par la technologie et le virtuel • manque de sécurité sociale et politique, démantèlement social • habitat et environnement médiocres | <ul style="list-style-type: none"> • champ d'activité satisfaisant • liberté de choisir, de décider et de s'organiser dans tous les domaines et toutes les phases de la vie • vision holistique de la vie • systèmes d'éducation et de santé holistiques, de haute qualité • culture politique, économie et services sociaux basés sur la stabilité démocratique • environnement naturel intact |
|---|---|
-

De même que l'accumulation de facteurs de risque dans un groupe de population rend celui-ci particulièrement vulnérable et en fait la cible logique d'interventions préventives, il convient de faire en sorte que les mesures de promotion de la santé visent à renforcer plusieurs facteurs de protection importants. Cette règle s'applique également aux interventions portant sur le stress (cf. ci-après).

4.3.2 Facteurs de protection et ressources spécifiques au stress

Les facteurs de risque relatifs au stress ont déjà été évoqués avec la présentation des stressseurs (chap. 3.2.1). On peut compléter les facteurs de protection mentionnés ci-dessus par ceux – il y a des recoupements – qui protègent contre le stress.³²²

Niveau individuel

Il y a en premier lieu, ici, la capacité de faire face (*coping*), d'affronter activement les événements critiques et les transitions de l'existence ainsi que les situations de stress quotidiennes et chroniques, l'aptitude à gérer au jour le jour les conflits, la maladie, un handicap ou les inconvénients de l'âge.³²³ Autres exemples de ressources personnelles face au stress:

- aptitudes permettant de dépasser le stress et la peur – fixation de priorités, délimitation des problèmes, évaluation réaliste et mise à contribution des ressources intérieures et extérieures, détermination des causes de stress et transformation de celui-ci, humour, capacité de se détendre, anticipation préventive permettant d'éviter des stressseurs,
- capacité de résistance générale, résilience physique et psychique, stabilité face aux pressions sociales, autonomie intérieure, aptitude à mettre en question autorités, groupes et normes extérieures,
- capacité de prendre des décisions, d'établir des contacts, de gérer des conflits,
- régulation des émotions (aptitude à prendre conscience de ses sentiments et à gérer ceux-ci),
- capacité de résoudre des problèmes, d'avoir des idées créatives, de fixer des objectifs et de les atteindre,
- capacité d'adaptation, souplesse assortie à l'aptitude à changer les conditions de vie,
- conviction d'être en mesure d'exercer un contrôle intérieur et extérieur,
- capacité d'aimer, sexualité, aptitude à nouer et entretenir des relations importantes sur le plan affectif, maintien de contacts sociaux,
- alimentation équilibrée, activité physique régulière, détente suffisante.

³²² D'après Illés & Abel (2002, 50), Hosman et al. (2004, 23), Lattmann & Rüedi (2003, 277) et les principes d'action vus au chap. 4.1.

³²³ Cf. définition du *coping* in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 135). Concernant la classification et l'efficacité du *coping*, cf. chap. 3.2.2.3.

Par ailleurs, les **compétences de vie** (*life skills*) contribuent à une bonne gestion du stress³²⁴. Quelques exemples:

- capacité d'offrir et d'accepter de l'aide,
- capacité de faire appel en temps utile à une aide professionnelle efficace,
- capacité d'établir, de maintenir et d'utiliser des contacts sociaux, d'organiser un soutien social professionnel et informel
- capacité et courage d'exprimer ses sentiments, ses désirs et ses besoins,
- capacité d'évaluer les risques personnels pour sa santé et de modifier son mode de vie en conséquence.

Niveau structurel

Comme cela a été souligné à plusieurs reprises, il est indispensable d'avoir un environnement social et économique favorable à l'épanouissement des aptitudes personnelles à affronter les difficultés de la vie. Bien qu'il y ait là aussi des recoupements avec les facteurs de protection déjà mentionnés concernant la santé psychique en général, rappelons-en l'essentiel:

- conditions de vie sûres et épanouissantes durant l'enfance et l'adolescence,
- sécurité sociale et économique,
- égalité des chances des points de vue formation, activité professionnelle, sexe, statut socio-économique, âge et origine de migrant,
- réseaux favorisant le soutien social et l'intégration,³²⁵
- intégration plutôt qu'exclusion à tous niveaux (culture, marché de l'emploi, école, famille, etc.),
- participation et influence possibles à tout âge en politique, dans le domaine économique et dans la sphère privée,
- conditions de travail saines et gratifiantes (salaire, appréciation, possibilités d'avancement),³²⁶
- marge de liberté dans tous les domaines de la vie,
- stratégies d'autonomisation (*empowerment*) et structures stimulantes (santé, social, économie, administration publique),
- environnement sain et sûr.

Après avoir fixé un contexte et des groupes cibles, il convient là aussi de déterminer les facteurs de risque et de protection qui s'y rapportent.³²⁷

³²⁴ Les compétences de vie comptent en particulier les compétences psychosociales, c'est-à-dire les aptitudes qui permettent aussi bien d'avoir des relations harmonieuses avec autrui que d'affronter utilement les problèmes et les situations de stress dans la vie quotidienne; définition de l'OMS in: Lattmann & Rüedi (2003, 277).

³²⁵ Cf. Perrig-Chiello (2004).

³²⁶ Cf. Zapf & Semmer (2004).

³²⁷ Kolip (2000) donne une liste (évaluée en termes de variabilité et de fiabilité) de facteurs de protection chez les enfants et adolescents; Udriș et al. (1992b) ainsi que Polenz & Becker (1997, 10ss.) présentent les ressources dans le contexte de l'entreprise.

4.4 RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Résumé

Approches d'intervention

- Exposé des approches générales que constituent la qualité de vie (approche de Promotion Santé Suisse), le bien-être (Carol Ryff) ainsi que le capital social et le capital culturel.
- Approches applicables à des contextes et à des groupes cibles spécifiques: le modèle du capital social et du capital humain dans l'entreprise, les méthodes de Karasek et Siegrist pour maîtriser le stress par l'organisation, la résilience en tant que principe général, le modèle de l'équilibre de vie (*life balance*).

Déterminants de la santé psychique et de ses altérations

- Les déterminants sont les paramètres neutres de la santé et de la maladie, qui subissent l'influence négative des facteurs de risque et l'influence positive des facteurs de protection.
- A partir du modèle *EUHPID*, on fait la distinction entre déterminants individuels et déterminants environnementaux. Les premiers sont de nature essentiellement psychique et psychosociale, les seconds se rapportent à des éléments sociaux et interactifs, sociostructurels et socioculturels, économiques et écologiques.

Facteurs de risque et facteurs de protection ou ressources

- Facteurs de risque et facteurs de protection de la santé psychique dans les pays développés, sous forme de tableau général des facteurs individuels d'une part et des facteurs ambiants d'autre part. Certains facteurs (et déterminants) prennent davantage d'importance que d'autres selon le contexte et la phase de vie, le secteur, l'étendue géographique et les groupes cibles (p.ex. couche socio-économique). Les personnes appartenant à des catégories mal loties sur plusieurs plans (à la fois social et économique) sont exposées à un risque de morbidité et de mortalité deux fois plus élevé que les personnes situées au haut de l'échelle. Chômage et stress sont aussi des facteurs de risque avérés pour la santé psychique.
- Les facteurs de risque de stress coïncident avec les stressseurs présentés au chapitre 3.2.1. A l'échelon individuel, les facteurs de protection ou ressources contre le stress sont avant tout l'aptitude à faire face (*coping*) et les compétences de vie (*life skills*), notamment d'ordre psychosocial. Tout aussi importants sont d'autre part les facteurs structurels, notamment un environnement social, économique et écologique favorable – soutien social, intégration, participation possible, sécurité sociale, économique et écologique.

Conclusions

- Il existe une série d'approches éprouvées qui peuvent servir de bases scientifiques au travail sur le terrain. Les interventions qui renforcent par exemple la résilience des enfants et des adolescents accroissent leur capacité de résistance au stress.³²⁸
- Ce chapitre a délimité les objectifs globaux en matière de santé psychique et de stress, et passé en revue les déterminants ainsi que les facteurs de risque et les facteurs de protection dans ce domaine.
- Un plan d'intervention se doit de déterminer principes d'application, déterminants principaux ainsi que facteurs de risque et facteurs de protection, en fonction du contexte choisi, du groupe cible et de la phase de vie, des secteurs visés et de la portée géographique prévue.
- L'accumulation de facteurs de risque dans un groupe donné rend celui-ci particulièrement vulnérable et justifie des interventions. Mais les mesures à prendre peuvent aussi bien avoir pour but de renforcer les facteurs de protection correspondants.
- D'une manière générale, les interventions agissant à plusieurs niveaux donnent de meilleurs résultats.

³²⁸ Cf. Grob (1997, 198).

5. Stratégies et interventions

Il a été montré au chapitre 3 que des interventions contre le stress sont nécessaires dans certains contextes pour les catégories de population vulnérables. Le chapitre 4 a récapitulé les connaissances scientifiques nécessaires pour intervenir à bon escient. Il s'agit maintenant de passer en revue les stratégies et les programmes d'intervention (ou interventions isolées) qui ont donné de bons résultats, en fonction des groupes cibles et des contextes. Le présent chapitre commence par exposer les politiques (*policies*)³²⁹ et les stratégies actuelles et futures de l'UE et de deux pays, puis examine des programmes et des interventions applicables aux divers contextes et groupes cibles, ainsi que certains thèmes spécifiques.³³⁰ Il mentionne en outre des points de recoupement avec le thème stratégique «poids corporel sain», et s'achève par un résumé et des conclusions.

5.1 STRATÉGIES EUROPÉENNES ET NATIONALES

Ce chapitre présente des stratégies de mise en œuvre récentes et intéressantes au niveau européen, ainsi qu'une stratégie nationale et une stratégie suprarégionale efficaces ou prometteuses pour la promotion de la santé psychique et la prévention de troubles psychiques. L'auteur du présent rapport évalue leur intérêt et le potentiel qu'elles recèlent pour la Suisse.

5.1.1 Stratégies d'application européennes

Les stratégies de base de l'OMS et de son Bureau européen dans le domaine de la santé psychique ont été brièvement décrites au chapitre 1.2.3. Il sera question ici de la mise en œuvre de six stratégies ou politiques actuellement prometteuses, dont deux concernent la santé psychique en général et sont portées par un réseau³³¹ ou par une organisation de projet. Les quatre autres stratégies se rapportent à un thème ou à un contexte déterminé, s'appuient sur une alliance ou sur une stratégie européenne pour la promotion de la santé dans l'entreprise.

5.1.1.1 IMHPA: *Implementing Mental Health Promotion Action*

L'IMHPA est un réseau européen dont le siège se trouve aux Pays-Bas, et qui est très bien implanté dans des organismes gouvernementaux et privés. Il s'emploie depuis avril 2005 à devenir une plate-forme européenne pour la promotion de la santé psychique et la prévention des troubles psychiques, avec la participation de 29 pays européens et de plusieurs réseaux d'ONG. Ce réseau a rapidement élaboré une banque de données sur Internet comprenant les programmes et politiques scientifiques, les profils des pays, des manuels de formation et des documents relatifs à ces politiques. Sur mandat de l'IMHPA, Jané-Llopis et Anderson ont présenté récemment, sur la base de nombreux travaux préparatoires et du plan d'action de la Conférence européenne d'Helsinki 2005,³³² une ligne d'action concise pour la promotion de la santé psychique et la prévention des troubles psychiques en Europe.³³³ Reprenant la stratégie de l'OMS

³²⁹ Programmes politiques incluant stratégies et mesures à prendre; cf. Linder & Vatter (2002).

³³⁰ Une intervention consiste à «venir entre» une personne, un groupe ou une population d'une part, un problème ou un besoin d'autre part. Cf. définition in: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz (2005, 91ss.). En relation avec le sujet du présent rapport, l'intervention se définit comme une action professionnelle et méthodique, visant à atteindre un objectif de promotion de la santé ou de prévention. Les interventions sont ici des efforts ciblés pour faire évoluer des personnes, des groupes et des organisations vers davantage d'autonomie, de participation sociale, de santé et de qualité de vie.

³³¹ Il existe de nombreux réseaux nationaux et internationaux actifs dans le domaine de la santé psychique. www.telehealth.net/calendar/alphabet.html fournit des renseignements sur près de 5000 organisations correspondantes, p.ex. www.eurohealthnet.org avec le projet «Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in the EU Member States and Applicant Countries (IMEP)», www.gnmh.de German Network for Mental Health ou www.imhpa.net Implementing Mental Health Promotion Action Network, présenté plus loin à titre d'exemple; www.mentalhealth-econ.org European Mental Health Economics Network s'occupe plus particulièrement des aspects économiques de la question.

³³² OMS Conférence ministérielle européenne (2005b). Cf. les priorités énoncées au chap. 1.2.3.

³³³ Jané-Llopis & Anderson (2005).

évoquée au chapitre 1.2.3, ce document recommande que chaque pays élabore son propre plan d'application en se basant sur les **dix champs d'action** et les cinq principes fondamentaux énumérés ci-dessous, tous basés sur des données probantes:³³⁴

- 1 soutien aux parents durant la grossesse et les premières années de l'enfant
- 2 promotion de la santé psychique à l'école
- 3 promotion de la santé psychique au travail
- 4 promotion de la santé psychique chez les personnes âgées
- 5 soutien aux groupes à risque vulnérables à des troubles psychiques
- 6 prévention de la dépression et du suicide
- 7 prévention de la violence et de la consommation nocive de substances psycho-actives
- 8 mise à contribution des soins de santé primaires et secondaires
- 9 réduction des inégalités et prévention de la stigmatisation
- 10 liens avec d'autres secteurs

Les **cinq principes fondamentaux** sont:

- I. diffuser les connaissances fondamentales en matière de santé psychique
- II. soutenir une mise en œuvre efficace
- III. développer les ressources et former les spécialistes
- IV. associer différents partenaires
- V. évaluer l'efficacité de la stratégie et du programme

Evaluation de l'auteur concernant l'intérêt de l'IMHPA pour la Suisse

*La ligne de conduite adoptée par l'IMHPA est largement approuvée aussi bien sur le fond qu'en termes politiques, et compatible avec les principales stratégies globales menées actuellement dans le domaine de la santé psychique. Ce réseau non gouvernemental est orienté vers l'action et offre à cet égard de nombreux instruments utiles. Il vaut la peine d'envisager une éventuelle participation de la Suisse à ce réseau qui donne accès à de hautes compétences et relie à d'importants réseaux internationaux dont des institutions helvétiques sont déjà membres.*³³⁵

5.1.1.2 EMIP: Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries

L'EMIP est une organisation cofinancée par l'UE et portée par les sept principaux partenaires européens dans le domaine de la santé psychique, notamment par *Federal Institute for Occupational Safety and Health (FIOSH)*, *EuroHealthnet*, *European Public Health Alliance (EPHA)*, *STAKES*, *WHO-Euro Network for Suicide Research and Prevention* ainsi que *IMHPA* (cf. ci-dessus). Le but de l'EMIP est de créer une stratégie pour la concrétisation de la promotion de la santé psychique et de la prévention de troubles psychiques aux niveaux européen, national, régional et local. Des directives ont été élaborées depuis lors à cet effet.³³⁶

Ce projet se fonde sur les résultats d'une étude scientifique européenne qui a élaboré une stratégie de lutte contre les états d'anxiété, les dépressions et les troubles liés au stress dans trois phases de la vie humaine:³³⁷ enfance et adolescence,³³⁸ vie active, et vieillesse. Il comporte des modèles de pratiques d'excellence et un rapport avec des recommandations scientifiques pour la mise en œuvre de programmes dans ces trois phases de vie. Le projet EMIP doit se réaliser dans le cadre stratégique de trois domaines

³³⁴ Selon communication par courrier électronique de Jané-Llopis. La concrétisation des différents champs d'action et principes de base est illustrée par de nombreuses stratégies axées sur un aspect ou l'autre. La publication détaillée de l'ensemble des programmes-modèles et des résultats doit paraître à l'automne 2005.

³³⁵ Concernant l'importance de participations ciblées à des réseaux bien organisés, cf. Broesskamp-Stone (2004).

³³⁶ EuroHealthNet et al. (2005), www.mentalhealth.epha.org/; cf. Commission européenne (1999).

³³⁷ Kuhn K. et al. (2004) avec trois rapports contenant des exemples de *good* ou *best practices: Children, Adolescents and Young People up to 24 years in educational and other relevant settings*, secteur: *Working adults (FIOSH)*, et secteur: *Older People (EuroHealthNet et al.)*. EMIP EuroHealthNet et al. (2005) ainsi que Lehtinen (2004) s'inspirent de Kuhn K. et al. (2004).

³³⁸ Dans l'optique du présent rapport, enfants et adolescents ne se trouvent pas dans la même phase de leur existence; ils constituent ainsi deux groupes cibles distincts avec leurs besoins propres, qu'il s'agit d'analyser et d'aborder de façon spécifique.

du plan d'action de Helsinki pour la santé psychique concernant la promotion de la santé et la prévention, ainsi que dans le cadre de la ligne susmentionnée de l'IMHPA, réduite à ses principaux aspects comme suit:

domaine d'activité spécifique; objectifs et résultats; axes temporels; principaux organismes responsables; lobbyistes; acteurs, écueils; obstacles et défis.

La première étape a eu lieu en 2005 avec la réalisation dans treize pays européens d'ateliers destinés à mettre sur pied un plan d'action national. La deuxième étape, en 2006, doit servir à des opérations d'étalonnage entérinées par une conférence. La Suisse ne participe pas encore à ce projet.

Evaluation de l'auteur concernant l'intérêt de l'EMIP pour Suisse

Les objectifs de l'IMHPA et de l'EMIP se complètent. L'EMIP semble avoir une orientation plus nettement politique que l'IMHPA et un caractère plus contraignant pour les pays qui y adhèrent. En cas de participation helvétique, la première instance responsable serait la Confédération. Même sans adhésion formelle, une participation serait probablement utile sur le plan technique.

5.1.1.3 Alliance européenne contre la dépression (EAAD)³³⁹

L'EAAD est également un projet cofinancé par l'UE, et regroupe à ce jour 18 régions européennes. Une étude à la fois longitudinale et transversale doit fournir des données probantes quant à l'efficacité des quatre niveaux d'intervention du programme prévu: collaboration avec des médecins de famille, relations publiques, formation de multiplicateurs (prêtres, travailleurs sociaux, journalistes, etc.) ainsi qu'offres spécialement destinées à des groupes à risque particulièrement vulnérables et activités d'entraide. Ce programme est basé sur les bons résultats observés par l'étude relative au *Nürnberger Bündnis gegen Depression*, présenté plus loin (chap. 5.2.7).

5.1.1.4 Stratégies européennes pour la promotion de la santé dans l'entreprise

Déclaration de Luxembourg pour la promotion de la santé dans l'entreprise dans l'UE

Avec la Déclaration de Luxembourg faite en 1997, l'Union européenne s'est donné une ligne de conduite générale pour le 21^e siècle en matière de promotion de la santé en entreprise (PSE).³⁴⁰ Partant de l'idée que des travailleurs en bonne santé, motivés et qualifiés sont une condition indispensable du succès futur de l'Union européenne, cette déclaration émet les lignes directrices suivantes:

- Tout le personnel doit être inclus (participation).
- La PSE doit être prise en compte pour toutes les décisions importantes et dans tous les secteurs de l'entreprise (intégration).
- Toutes les mesures et démarches envisagées doivent être exécutées de façon systématique: analyse des besoins, établissement des priorités, planification, exécution, contrôle continu et évaluation des résultats (gestion des projets).
- La PSE comprend autant les mesures orientées vers l'individu que celles axées sur l'environnement. Elle combine l'approche de la réduction du risque avec celle du développement des facteurs de protection et du potentiel de santé (principe holistique).

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) Strategy 2002–2008³⁴¹

Afin de concrétiser la Déclaration de Luxembourg (cf. ci-dessus), on a créé le Réseau européen pour la promotion de la santé dans l'entreprise (ENWHP), destiné entre autres à répertorier et diffuser des exemples à suivre de PSE. La stratégie 2002–2008 de l'ENWHP est visualisée par le schéma ci-dessous avec un triangle dont les sommets sont les forums nationaux, la boîte à outils³⁴² et un argumentaire politique.

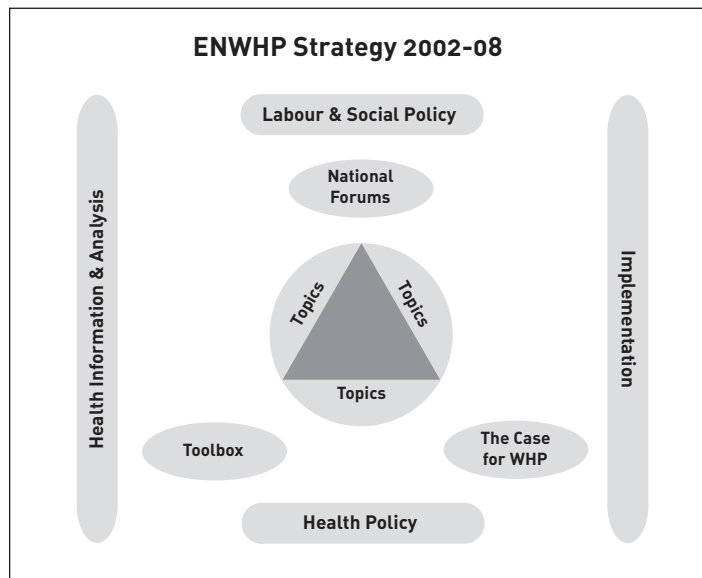
³³⁹ Cf. le site Web de l'*European Alliance Against Depression*: www.eaad.net ainsi que Commission européenne [2004].

³⁴⁰ Commission européenne (1997).

³⁴¹ D'après Kohlbacher [2005].

³⁴² European Network for Workplace Health Promotion [2004].

Figure 14

Le triangle stratégique de l'ENWHP³⁴³

Cette stratégie s'inscrit dans le contexte de deux politiques générales européennes, à savoir l'*Agenda de Lisbonne* de l'UE ainsi que l'élaboration d'une «Europe de la santé» dans le cadre d'une politique européenne en la matière. Les activités de l'ENWHP doivent contribuer aux efforts menés pour atteindre les objectifs qui font partie de cette politique européenne de santé: réduction des inégalités, élaboration d'un système d'information européen sur la santé et amélioration des principaux déterminants de la santé agissant sur tous les contextes importants au travail et durant les loisirs. La Suisse est membre actif du réseau ENWHP.

Union européenne: nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002–2006³⁴⁴

Il est unanimement reconnu au sein de l'Union européenne que la santé et la sécurité au travail constituent des domaines parmi les plus complexes et les plus importants de sa politique de santé aussi bien que de sa politique sociale. La nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002–2006 associe dans ses trois volets la perspective santé publique aux aspects sociaux et psychiques de la PSE:

- Reprenant un principe de l'*Organisation internationale du travail (OIT)*, cette stratégie adopte une «approche globale du bien-être au travail». Elle entend prendre en considération les changements survenus dans le monde du travail et l'apparition de nouveaux risques d'ordre psychosocial notamment, et viser une amélioration de la **qualité du travail**. Un lieu de travail sain et sûr est à cet égard une condition indispensable.
- Cette stratégie repose par ailleurs sur la **consolidation d'une culture de prévention** des risques, sur la **combinaison de différents instruments politiques** (prescriptions de droit, dialogue social, méthodes innovantes et détermination de pratiques d'excellence, responsabilité sociale de l'entreprise, incitations économiques) ainsi que sur la **mise en place de partenariats** entre tous les acteurs dans les domaines de la santé et de la sécurité.
- Cette stratégie entend enfin prouver qu'une politique sociale ambitieuse est en soi un **facteur de compétitivité** et que, a contrario, une «absence de politique» en la matière coûte très cher à l'économie et à la société.³⁴⁵

³⁴³ BKK Bundesverband (2004).

³⁴⁴ Commission des Communautés européennes (2002).

³⁴⁵ Commission des Communautés européennes (2002, 3).

Evaluation de l'auteur concernant l'intérêt pour la Suisse des trois stratégies européennes de PSE

Les stratégies évoquées ci-dessus se complètent mutuellement ou dérivent l'une de l'autre. La Déclaration de Luxembourg constitue une base d'avenir qui – contrairement à ce qui se fait généralement aux Etats-Unis – ne se limite pas à l'individu mais englobe l'aspect systémique. Elle adopte en outre une approche globale, axée sur les ressources, et systématise le travail en réseaux. La stratégie communautaire de l'UE peut donner des impulsions importantes au niveau politique. La Suisse profite aujourd'hui déjà de sa participation concrète – organisée par le seco – au réseau ENWHP (p.ex. création d'un forum national de PSE, boîte à outils). Cette coopération pourra être encore intensifiée le cas échéant.

5.1.2 Stratégies d'application de deux pays

Il s'agit d'examiner ici – en termes de gestion des connaissances – dans quelle mesure Promotion Santé Suisse pourrait profiter des politiques et des stratégies adoptées par certains pays dans le domaine de la santé psychique. Nous avons choisi à cet effet deux exemples différents par la superficie du territoire, par la stratégie et par l'approche méthodologique: l'Ecosse et l'Etat australien de Victoria.³⁴⁶

5.1.2.1 Australie: The Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth)³⁴⁷

Le gouvernement australien a défini en 1997 déjà une stratégie nationale pour la santé psychique. VicHealth est l'une des premières organisations dans le monde à avoir élaboré et mis en œuvre un cadre de référence systématique et complet pour la promotion de la santé psychique (1999–2002). Le même cadre de référence a été repris et développé dans le plan d'action 2005–2007 – *Promoting Mental Health and Well-being* – reproduit en annexe I. Il se fonde sur trois facteurs essentiels de la santé psychique: intégration sociale, absence de violence et de discrimination, accès aux ressources économiques – travail, formation et revenus. Ce projet vise non seulement à développer les compétences des groupes vulnérables, mais aussi à soutenir les communes/communautés et les organisations qui créent des conditions ambiantes bénéfiques pour la santé. En plus des contextes, il travaille sur les loisirs et fait le lien avec les divers secteurs. L'efficacité à moyen et long termes des programmes qui en découlent se mesure à l'échelon individuel ainsi qu'au niveau de l'organisation, des contextes et de la société en général. VicHealth évalue et publie régulièrement les résultats et les conclusions des programmes d'intervention qu'elle réalise.³⁴⁸

Evaluation par l'auteur du potentiel que recèlent cette politique et cette stratégie

Les points forts de ce modèle stratégique se situent dans sa structure systématique et son argumentation rigoureuse, sa conception manifestement basée sur des données probantes, son développement permanent et ses liens internationaux. VicHealth est une organisation sœur de Promotion Santé Suisse. Déjà étroites, les relations de travail actuelles pourraient être efficaces dans le domaine qui nous occupe ici.

5.1.2.2 Ecosse

L'Ecosse dispose pour la période 2003–2006 d'un plan d'action – *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being* – basé sur les résultats d'une enquête nationale (qui aura lieu à l'avenir tous les deux ans) sur les points de vue de la population dans le domaine de la santé psychique, ainsi que sur de nombreux entretiens avec des partenaires nationaux et locaux.³⁴⁹ Ce programme vise quatre objectifs principaux:

- faire un travail de sensibilisation et promouvoir santé et bien-être psychiques
- éliminer stigmatisation et discrimination
- prévenir le suicide
- promouvoir et soutenir les processus de guérison

³⁴⁶ La Nouvelle-Zélande prévoit elle aussi de mettre en œuvre dans le domaine de la santé psychique une stratégie innovante qui tient compte des minorités ethniques (Maoris).

³⁴⁷ Victorian Health Promotion Foundation (2005), www.vichealth.vic.gov.au.

³⁴⁸ Cf. www.vichealth.vic.gov.au concernant, entre autres, programmes pour migrants, communautés rurales et jeunes.

³⁴⁹ Pour les résultats de l'enquête initiale en 2002, cf. <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/wwdy-00.asp>. La deuxième édition de l'enquête date de 2004 et a été publiée le 7.1.2005: www.scotland.gov.uk/library5/health/pamhs-00.asp.

Les organismes responsables à l'échelon national, les acteurs locaux et les principales actions à entreprendre sont définis pour chacun de ces objectifs. Ceux-ci doivent être atteints simultanément dans toutes les phases de vie et contextes prioritaires – à savoir dans la petite enfance, chez les enfants et les adolescents, dans l'entreprise et le cadre professionnel, dans la vieillesse et les collectivités. Il s'agit par ailleurs d'améliorer les compétences des services publics en matière de promotion de la santé psychique et de prévention de ses altérations. Afin de cibler le travail, trois à cinq stratégies d'intervention sont définies pour chaque champ d'action.

Ce programme est globalement étayé par une série de services fournissant critères scientifiques, recherche, évaluation, indicateurs, informations et échanges d'expériences. Ces services contribuent également à la réalisation de programmes régionaux et locaux.

Ce programme national constitue un élément important de la politique d'intégration du gouvernement écossais dans le domaine de la santé et de l'égalité des chances pour les personnes affectées par des problèmes psychiques.

Evaluation par l'auteur du potentiel que recèlent cette politique et cette stratégie

Le plan évoqué ici ne permet pas d'affirmer qu'il est basé sur des données probantes. Certains éléments de sa réalisation sont actuellement évalués. Les points forts de ce modèle: implantation politique stable (stratégies «de la base vers le sommet» et «du sommet vers la base» combinées), organisation pragmatique en fonction des besoins, d'où un accueil probablement très favorable.

5.2 INTERVENTIONS

Ce chapitre examine la question de savoir s'il existe des interventions ou programmes³⁵⁰ dont l'efficacité est prouvée, et s'il serait éventuellement judicieux de les appliquer durablement en Suisse. Il se concentre donc sur des interventions nationales et internationales réussies ou prometteuses qui exercent une influence positive sur certains facteurs de risque (stresseurs) ou de protection au cours du processus évolutif du stress. Il ne se limite pas à des programmes ou projets terminés, mais examine aussi de nouvelles approches qui peuvent donner des indications pertinentes si on les évalue correctement.

5.2.1 Remarques préalables

Conformément à nos **principes fondamentaux** (cf. chap. 1.3), seules sont prises en considération les interventions relatives à la santé psychique et au stress qui ont pour but la promotion de la santé ou la prévention (plus particulièrement primaire) de certaines situations et de certains comportements ayant des incidences sur la santé psychique et le stress. On ne tiendra pas compte ici des programmes psychothérapeutiques ou psychiatriques.³⁵¹ Les programmes axés sur la prévention des dépendances – domaine couvert par l'Office fédéral de la santé publique – sont également laissés de côté.³⁵² Il en va de même pour les interventions spécifiquement destinées à améliorer la santé psychique dans des pays en développement ou émergents, et qui n'ont a priori pas de raison d'être dans un pays développé comme la Suisse (p.ex. alimentation et éducation de base; logement; endettement auprès de créanciers accompagné d'une perte d'autonomie). Par ailleurs, l'attention s'est étendue notamment à certains aspects de la santé psychique relevant du stress dans des contextes tels que «commune/communauté» et «institution sociale», où il n'existe pas de programmes évalués portant sur le stress.

³⁵⁰ Les programmes d'intervention ont une certaine ampleur dans l'espace et dans le temps, et intègrent plusieurs interventions ou projets.

³⁵¹ Pour une vue d'ensemble internationale, cf. Hosman et al. (2004, 47ss.).

³⁵² Ibid. pour un aperçu international à jour, 45ss.

Conformément au principe général des **données probantes** adopté par Promotion Santé Suisse, on prend en considération non seulement des études ayant apporté la preuve d'un effet positif selon les normes de l'essai clinique aléatoire ou RCT³⁵³, mais aussi des interventions bien évaluées ou prometteuses ainsi que l'utilisation appropriée de sources et de méthodes qui ont fait leurs preuves en santé publique et dans la pratique.³⁵⁴

Par rapport à la grande diversité des thèmes à traiter, l'**état des sources** relatives aux études des résultats probants s'avère à certains égards maigre et déséquilibré. On compte une douzaine de revues et à peu près le double de méta-analyses portant sur certains aspects de la santé psychique en général et sur le stress en particulier, alors qu'il existe d'autre part un très grand nombre d'études de cas. Il y a une concentration frappante de revues et de méta-analyses sur les contextes de l'entreprise, de l'école et de la famille, mais peu d'évaluations des études consacrées au contexte de l'institution sociale et aux groupes marginaux. La majorité des études provient du monde anglo-saxon, principalement des Etats-Unis.

Sous l'égide de l'OMS, il a été publié en 2004 les résumés de deux revues détaillées concernant des interventions basées sur des données probantes dans le domaine de la santé psychique³⁵⁵ et celui des troubles psychiques³⁵⁶; l'une et l'autre devraient être bientôt disponibles dans leur version complète.³⁵⁷ Ces sources sont complétées par des revues de certains thèmes et méta-analyses, ainsi que par des études de cas évaluées d'une certaine importance, qui ont souvent été reproduites dans d'autres territoires ou pays. Il n'a pas été possible de prendre en considération des compilations d'études de cas.³⁵⁸ A une exception près (chap. 5.2.4.6), les sources consacrées principalement à des évaluations économiques n'ont pas été prises en compte.³⁵⁹

L'**hétérogénéité** des études examinées (densité thématique, questions traitées, cadre de réalisation, conception et ampleur) témoigne de la diversité des sujets et se reflète dans la présentation, elle-même hétérogène, qui en est faite ici. Cette présentation s'inspire de la structure adoptée pour le présent document.

Afin d'assurer une bonne vue d'ensemble, l'exposé ci-après se limite aux **résultats essentiels** des programmes et des interventions pris en considération. Des descriptions succinctes et l'indication des sources se trouvent dans l'**annexe II**. L'**annexe III** récapitule les programmes et projets nationaux et suprarégionaux qui existent sur cette thématique. Les renvois à l'annexe II utilisent les **références** correspondantes, avec une numérotation des interventions par contexte et par thème.³⁶⁰ Une récapitulation des interventions par thèmes est présentée à la fin.

5.2.2 Contexte de la commune/communauté

5.2.2.1 Macro-interventions: renforcement de réseaux communautaires

Beaucoup d'interventions faites au niveau de communautés locales se concentrent sur le développement de processus d'autonomisation (*empowerment*) et la mise en place de réseaux. Ceux-ci s'avèrent très efficaces par exemple pour la **prévention de la violence et de l'agression chez les jeunes** (G1). On peut en conclure que des interventions similaires dans les contextes et les groupes cibles concernés amèneraient d'une part un soulagement sensible du côté des stressés que sont l'expérience de la violence et la peur, et d'autre part un renforcement de la cohésion sociale, de l'assurance et de l'efficacité individuelles.

³⁵³ *Randomized Controlled Trials*.

³⁵⁴ Cf. Promotion Santé Suisse (2005).

³⁵⁵ Herrman et al. (2004). Concernant les preuves, cf. Jané-Llopis (2005a).

³⁵⁶ Hosman et al. (2004).

³⁵⁷ Herrman et al. (2005), Hosman et al. (2006).

³⁵⁸ P.ex. Saxena & Garrison (2004), Hodgson & Abbasi (1996). Cf. aussi la compilation de modèles de pratiques d'excellence chez Kuhn K. et al. (2004).

³⁵⁹ Cf. l'étude sur les aspects économiques de la santé psychique et du stress, réalisée sur mandat de Promotion Santé Suisse par le Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG); Schug L. avec la collaboration de C. Eisenring (2005).

³⁶⁰ (G2.1), par exemple, désigne le premier modèle d'intervention pour la deuxième thématique dans le contexte commune/communauté.

5.2.2.2 Micro-interventions: groupes cibles spécifiques

Adolescents et jeunes adultes

Les loisirs revêtent une grande importance chez les jeunes pour le développement de compétences psychosociales, mais aussi pour la promotion de l'activité physique. Les adolescents en difficulté, notamment, ne réagissent guère à des projets de santé dans le cadre scolaire. De même ceux qui ne trouvent pas d'occupation après l'école obligatoire ou l'apprentissage (place d'apprentissage, école professionnelle ou emploi) peuvent être atteints dans le cadre des loisirs.

Ce qui différencie les interventions dans la sphère des loisirs de celles faites dans le cadre scolaire, c'est que les jeunes y participent librement et manifestent souvent un degré de participation plus élevé – deux facteurs qui accroissent le succès de ces interventions. Il convient de faire ici la distinction entre

- loisirs structurés (clubs de sport, associations de jeunes, organisations religieuses, etc.), et
- loisirs non structurés (travail de jeunesse en milieu ouvert, maisons de jeunes).

Il y a là plus qu'ailleurs des possibilités d'atteindre les jeunes socialement défavorisés, dans le but d'améliorer leur santé psychique et leur aptitude à gérer le stress.³⁶¹

Il existe des interventions prometteuses qui se situent à la charnière entre santé psychique et poids corporel sain, par exemple «Midnight Basketball»³⁶² ou «Bunt kickt gut».³⁶³ Ces approches ont encore à apporter la preuve de leur efficacité, et certaines doivent être professionnalisées. Elles possèdent cependant les atouts nécessaires pour toucher des jeunes socialement défavorisés, dont le comportement témoigne d'une situation difficile (parfois liée à la migration), généralement difficiles à intégrer dans les structures d'associations conventionnelles. Ce genre d'interventions favorise la mixité sociale. L'objectif de ces deux interventions est d'ordre psychosocial.

Vieillesse autonome ou vieillesse dépendante

L'autonomie chez les personnes âgées est un facteur de protection important pour la santé psychique et le bien-être. Il est établi que des évaluations gériatriques faites à titre préventif et associées à des visites à domicile par des professionnels de la santé permettent de prolonger l'autonomie de ces personnes, d'empêcher ou de retarder la nécessité d'une prise en charge (G2). Une revue systématique de 18 études conformes aux normes de l'essai clinique aléatoire (RCT) montre que les programmes de visites à domicile sont efficaces pour autant qu'ils se basent sur une évaluation gériatrique multidimensionnelle, comprennent plusieurs visites subséquentes et incluent les personnes âgées comportant un faible risque de mortalité. Les effets positifs sur la mortalité sont plus marqués chez les personnes appartenant au troisième que chez celles du quatrième âge.³⁶⁴

Il apparaît ainsi très probable que les évaluations réalisées tôt, par exemple à 60 (ou même à 50) ans, ont pour effet de prolonger encore plus durablement l'autonomie et d'empêcher ou de retarder ainsi le placement dans un home.

Une autre étude (G3) montre que des activités physiques et cognitives exercées la vie durant revêtent une importance primordiale pour assurer l'autonomie jusqu'à un âge avancé, et que la perte d'autonomie peut être combattue par des programmes d'intervention spécifiques. Il est avéré que des exercices physiques combinés à l'entraînement de la mémoire freinent la sénescence mentale, améliorent la mémoire, stimulent l'autonomie, réduisent et retardent les symptômes de démence légère. Un entraînement des compétences est moins efficace à court et moyen terme. Il est très difficile d'obtenir des changements de comportement à un âge très avancé; les efforts dans ce sens devraient probablement porter davantage sur l'action concrète que sur la persuasion et la communication de connaissances.³⁶⁵

³⁶¹ La Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ) vient de publier un rapport assorti de recommandations sur l'importance des loisirs et des espaces de liberté, notamment au niveau relationnel: CFEJ (2005). *...et puis la journée est finie! Temps libre, espaces libres et mouvement pour les enfants et les jeunes*. Berne.

³⁶² www.me-network.ch, un site pour les jeunes «qui traînent», avec l'intégration et la prévention pour objectifs.

³⁶³ www.infoklick.ch, projet de football s'adressant à tous les jeunes, pour promouvoir l'intégration sociale et la santé psychique.

³⁶⁴ Stuck et al. (2002).

³⁶⁵ Oswald et al. (2001: 12^e édition).

5.2.3 Contexte de l'institution sociale

Peu d'interventions basées sur des données probantes ont été trouvées pour ce contexte ou pour certains groupes cibles. Un bon exemple à cet égard est l'étude évoquée ci-dessus concernant le maintien et l'encouragement de l'autonomie à un âge avancé [G3], qui a eu lieu dans un cadre institutionnel également.

Un autre exemple probant, partiellement évalué par une instance extérieure, est le programme de prévention des toxicomanies dans les **foyers des jeunes**, *Fil rouge* (SI1), mené durant douze ans à l'échelle nationale par l'Office fédéral de la santé publique. Il a été possible de mobiliser sur ce thème non seulement les responsables des foyers mais aussi les jeunes eux-mêmes, en recourant à des personnes extérieures pour des conseils. Lors de la deuxième phase, les projets – à choix mais obligatoires – portant sur la violence, l'activité physique et la sexualité ont eu de nombreux effets positifs sur l'état subjectif des résidents et du personnel, et se sont traduits par des changements structurels dans les foyers. La troisième étape – évaluation de la manière dont la promotion de la santé/prévention et le dépistage sont implantés dans les institutions – montre qu'outre le travail effectué sur l'opinion et les pouvoirs publics, il convient que les services et les associations spécialisés prennent les foyers de jeunes dans leur cahier des charges. Le principal inconvénient du projet a été la charge de travail supplémentaire qu'il occasionnait.

Les facteurs qui ont contribué à la réussite de l'opération sont le soutien financier de la Confédération, la collaboration d'une spécialiste extérieure, la réalisation d'un projet propre aux foyers, l'intégration des responsables de foyers et la participation à des plates-formes régionales d'échange.

5.2.4 Contexte de l'entreprise

5.2.4.1 Vue d'ensemble³⁶⁶

Les interventions menées dans le contexte de l'entreprise adoptent l'approche globale préconisée par la Charte d'Ottawa, en ce sens qu'elles doivent agir au niveau du système (circonstances) en modifiant la situation ou les conditions de travail, aussi bien qu'à celui des personnes (comportements) en suscitant des changements chez certains collaborateurs, certains groupes ou services d'une entreprise. Les interventions axées sur les personnes visent non seulement à obtenir des changements de comportement, mais aussi à exercer une influence sur les connaissances, les attitudes, l'échelle des valeurs. Côté système, il y a les interventions techniques et portant sur les tâches à accomplir (enrichissement du travail ou *job enrichment*), les améliorations ergonomiques ou la réduction du bruit; puis celles destinées à améliorer la définition des fonctions, à gérer les conflits et à régler les relations sociales; enfin, celles qui associent circonstances et comportements. Les interventions visant à améliorer la santé dans l'entreprise peuvent ainsi agir directement sur la santé et la motivation de son personnel, ou avoir des effets dérivés sur le climat social ou sur le rendement économique.

Comme le montre la littérature scientifique, les interventions s'adressent pour la plupart aux personnes et, jusqu'à présent, comptent rarement des éléments systémiques. Les programmes axés sur des comportements sains sont très courants aux États-Unis et en Grande-Bretagne, tandis qu'en Europe centrale et du Nord on se préoccupe davantage de problèmes liés aux conditions de travail. Mais la grande majorité des programmes menés au sein d'entreprises européennes reste également consacrée à la prévention auprès des individus.³⁶⁷ Par ailleurs, la «culture d'évaluation» est plus développée aux États-Unis qu'en Europe, où les évaluations systématiques de mesures engagées dans les entreprises restent l'exception.³⁶⁸

C'est dans le milieu de l'entreprise qu'a été réalisé le plus grand nombre d'études relatives au stress. La source principale à cet égard est la revue récente et complète de Semmer&Zapf.³⁶⁹ Les interventions

³⁶⁶ Ce passage s'appuie sur Semmer & Zapf (2004a, 775ss.). Cf. aussi Ulich & Wülser (2004) et Rudow (2004).

³⁶⁷ Cf. Schwager & Udris (1998) et Schwager & Udris (1988).

³⁶⁸ P.ex. Kerkau (1997, 324ss.) et en particulier sur le sujet du stress Bamberg & Busch (1996).

³⁶⁹ Semmer & Zapf (2004a, 792–810), cf. aussi Semmer (2003a).

contre le stress dans l'entreprise visent à exercer au niveau systémique une influence positive sur les stressés liés au travail, tandis que les interventions orientées sur le personnel cherchent à améliorer les compétences de celui-ci en matière de gestion du stress. Ces deux axes sont présentés séparément, mais s'influencent réciproquement et sont en fin de compte indissociables. Le tableau ci-dessous présente une liste de ces deux catégories de mesures avec les effets obtenus.

Tableau 7

Promotion de la santé au sein de l'entreprise: interventions axées sur le personnel et interventions systémiques/situationnelles³⁷⁰

Promotion de la santé dans l'entreprise		
	Interventions visant le personnel = comportementales	Interventions visant les circonstances ou les conditions de travail = situationnelles
Axées sur	personnes → individus	systèmes de travail et groupes de personnes → structures
Exemples de mesures	école du dos, immunisation contre le stress	tâches complètes, travail en groupe, aménagement des heures de travail
Niveau d'action	comportement individuel	comportement organisationnel, social et individuel
Effets sur l'individu	santé, capacité de travail	sentiment de sa valeur, compétence, sentiment de cohérence, efficacité individuelle, contrôle interne, santé, motivation, capacité de travail
Effets économiques	diminution des absences dues à la maladie	amélioration de la productivité, qualité, flexibilité, capacité d'innovation; diminution des absences et des fluctuations
Durée des effets	court-moyen terme	moyen-long terme

5.2.4.2 Digression: Gestion des présences/absences et gestion de la santé dans l'entreprise

Tout comme les mesures de gestion des absences, celles qui sont prises pour promouvoir la santé dans l'entreprise visent à réduire les heures d'absence et les taux d'incapacité de travail.³⁷¹ Contrairement à l'absence et aux symptômes de maladie, la présence dans l'entreprise – synonyme apparent de santé – est volontiers considérée comme une situation normale qui ne mérite pas qu'on s'y attarde. C'est là une erreur non seulement du point de vue salutogénétique, mais aussi sur le plan économique, car les préjudices causés par des pertes de motivation, la démission intérieure, le mobbing et le burnout de personnes présentes sont considérables, sinon supérieurs aux coûts évitables des absences.³⁷² De même qu'un management des absences devrait compter également les absents «psychiques» (p.ex. «démission intérieure»), il convient d'accorder une attention salutogénétique aux présents menacés par des maladies physiques et psychiques, par des baisses de rendement et par la démotivation, et aux «malades qui viennent travailler» aussi bien qu'aux «psychiquement présents en bonne santé» et aux «rétablis». On observe malheureusement que certaines entreprises remplacent malencontreusement la notion de taux d'absences par le taux de présences ou d'employés en bonne santé, sans que des changements notables ne soient intervenus dans l'attitude adoptée à l'égard des maladies et de la santé.³⁷³

³⁷⁰ Ulich (2001) et Ulich (2005).

³⁷¹ Ce passage se base principalement sur Ulich & Wülser (2004, chap.135-147).

³⁷² Badura & Hehlmann (2003).

³⁷³ Cf. aussi Brandenburg et al. (1998).

Une bonne **gestion de la santé dans l'entreprise** consiste à combiner des méthodes quantitatives et qualitatives pour être à même d'exploiter au mieux les données disponibles. Les faits évoqués ci-dessus démontrent qu'une **analyse des heures d'absence** et leur récapitulation dans des **«rapports de santé des entreprises»** (comme p.ex. les analyses d'incapacité de travail des caisses maladie allemandes et autrichiennes pour les entreprises à partir de 50 employés) ne peuvent fournir que des indications très lacunaires sur la réalité des problèmes de santé dans l'entreprise et sur leurs répercussions. Pour que l'on puisse élaborer des interventions tenant compte de la situation des absents «en esprit» et des difficultés qu'affronte le personnel «en bonne santé», il faut combiner l'analyse des maladies enregistrées à un tableau nuancé des risques et des ressources internes en matière de santé. On peut obtenir ces données par des méthodes quantitatives et qualitatives (questionnaires, interviews, procédures d'observation), notamment à l'aide des instruments **entretien de retour** et **cercle de santé**. Une étude allemande émet toutefois des doutes quant à l'efficacité des entretiens de retour après une maladie, estimant que l'on pourrait y renoncer en pratiquant une politique de santé systématique combinée à une gestion d'entreprise axée sur la santé et à un encadrement de qualité.³⁷⁴ Une autre étude explique que le taux d'absentéisme découle des facteurs maladie, état subjectif, attitude personnelle à l'égard du travail et milieu social ambiant, lequel est caractérisé de façon déterminante par les structures de management et par l'organisation de l'entreprise. Selon cette étude, une culture d'entreprise basée sur la motivation, le bien-être et la santé permet d'obtenir à la fois un faible taux d'absences et une productivité accrue.³⁷⁵ La question des cercles de santé est traitée sous 5.2.4.3.

Une forme actuelle et particulière de gestion des absences est constituée par les **interventions destinées à prévenir ou freiner l'invalidité découlant d'atteintes psychiques**. On manque encore, ici, de méthodes systématiques et évaluées. Une étude comparative et supranationale commandée par l'Office fédéral des assurances sociales émet toutefois des recommandations relatives à des interventions non médicales déjà élaborées ou prévues, et portant sur diverses phases du processus d'invalidation – depuis la prévention jusqu'à la réinsertion professionnelle.³⁷⁶ Ces mesures intéressantes ont pour public cible les salariés présentant un risque d'atteintes psychiques et des absences pour maladie ou invalidité; elles sont de trois ordres:

- dépistage (p.ex. identification de travailleurs affectés de problèmes psychiques),
- interventions au travail, au niveau des personnes et des structures (p.ex. projet pilote concernant sauvegarde de l'emploi et santé psychique; initiatives de conscientisation quant aux risques psychosociaux, stratégies de prévention visant anxiété, dépressions et maladies liées au stress), et
- mesures touchant aux assurances sociales (p.ex. efforts visant à faire reconnaître le stress comme maladie professionnelle).

5.2.4.3 Niveau systémique dans le contexte de l'entreprise

Les **cercles de santé** (B1) constituent une méthode d'analyse et d'intervention qui fait partie de la promotion de la santé dans l'entreprise (PSE), celle-ci étant considérée comme un développement institutionnel ou une approche globale par contexte au sens de la Charte d'Ottawa. Ces cercles de santé sont en même temps une variante «européenne» des grands programmes de PSE qui s'intéressent régulièrement à divers aspects de la gestion du stress au niveau des structures aussi bien qu'à celui des individus. Ils font généralement l'objet de jugements positifs de la part des participants à des évaluations globales, et contribuent selon ceux-ci à des progrès moyens ou considérables en termes de réduction du stress et de renforcement des ressources. Les améliorations constatées concernent en premier lieu le soutien social, les moyens de travail et la possibilité d'aménager son travail, ensuite les conditions ambiantes et les facteurs de stress inhérents à son activité. Dans les entreprises qui appliquent des programmes systématiques, on a observé entre autres une réduction des douleurs musculo-squelettiques.

³⁷⁴ Pfaff et al. (2002). Pour une comparaison entre les entretiens après retour de maladie (de nature essentiellement disciplinaire) et les cercles de santé (basés sur la participation), cf. Ulich & Wülser (2004, 157f.).

³⁷⁵ Kentner (1999).

³⁷⁶ Heijdel & Prins (2005). Cf. aussi le rapport un peu plus ancien d'une étude comparative approfondie sur la prévention de l'absentéisme dans l'UE: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (1997).

Diverses études témoignent d'améliorations des taux d'absentéisme, dont la diminution se situent dans une fourchette de 2 à 10%.³⁷⁷ Ces résultats encourageants et d'autres encore ne laissent planer aucun doute sur le fait que des mesures de promotion de la santé dans l'entreprise (notamment les cercles de santé) recèlent un potentiel d'améliorations touchant entre autres l'allègement des fardeaux psychosociaux et le renforcement des ressources psychosociales. Cependant, la plupart des études d'évaluation n'ont pas la qualité nécessaire pour autoriser des conclusions scientifiquement solides.³⁷⁸

Les **interventions de prévention du stress par un réaménagement des conditions de travail** marquent une tendance positive.³⁷⁹ En termes de développement institutionnel, les principaux paramètres d'une organisation du travail favorable à l'individu et à sa santé – donc assimilables à des facteurs de protection contre le stress – sont l'approche holistique des activités, la diversité des exigences, les possibilités d'interactions sociales, une certaine liberté de décision et d'action, les moyens d'apprendre et de se perfectionner, l'élasticité des horaires et les mécanismes de régulation exempts de stress, ainsi que l'utilité subjective du travail fourni.³⁸⁰ Mais les résultats des interventions dans ce sens (B2–B4) sont en partie hétérogènes et la conception des recherches est souvent de qualité insuffisante. On observe fréquemment des effets extrêmement divers, sans pouvoir prédire où ils surviendront.

- Les effets positifs le plus régulièrement constatés se situent au niveau de l'absentéisme et de la satisfaction professionnelle, un des principaux indicateurs de bien-être au travail. Amélioration de la motivation personnelle et du rendement sont d'autres effets ainsi obtenus. Les interventions socio-techniques visant des objectifs motivationnels donnent également de bons résultats des points de vue satisfaction au travail, motivation, performances et taux d'absence.
- Il ne faut pas s'attendre à des effets uniformes et exclusivement positifs; des améliorations dans un domaine s'accompagnent souvent d'inconvénients dans un autre.³⁸¹ L'important est de mettre dans la balance les effets positifs d'une part, et négatifs de l'autre, que l'on peut prévoir. La satisfaction générale au travail constitue un indicateur particulièrement utile à cet égard du fait qu'il implique cette appréciation globale.
- Il n'est pas rare que des changements positifs soient annihilés par des changements négatifs, par exemple accroissement de la charge quantitative de travail et des situations d'urgence, conflits au sein de groupes devenus plus autonomes, ou manque de qualifications.
- Le cadre donné par les conditions économiques constitue également un paramètre important.

Facteurs de réussite pour des interventions de ce type:

- mise en œuvre de qualité
- accroissement de l'autonomie (p.ex. pour des groupes de travail)
- accroissement de la diversité des exigences
- stratégie d'autonomisation (*empowerment*)

Indispensable dans de nombreux cas, le développement institutionnel requiert:³⁸²

- une analyse ciblée et systématique de la situation initiale, et
- un comportement cohérent et crédible au plus haut niveau de la hiérarchie.

5.2.4.4 Niveau individuel dans le contexte de l'entreprise

Pour les **interventions de prévention du stress** (B5–B6) en affrontant, en évitant ou en modifiant celui-ci, la preuve des effets suivants a pu être établie:³⁸³

³⁷⁷ Ducki A. et al. (1998) et Sochert (1998).

³⁷⁸ D'après Semmer & Zapf (2004a, 790f.), cf. Ulich & Wülser (2004, 155ss.).

³⁷⁹ D'après Semmer & Zapf (2004a, 800ss.).

³⁸⁰ Ulich (2001, 194).

³⁸¹ C'est ainsi qu'une organisation du travail améliorée dans un hôpital a permis au personnel soignant de consacrer davantage de temps aux relations avec les patients. Mais les interactions avec ceux-ci ont été une source de stress accru qui s'est traduit par une augmentation du burnout: Semmer & Zapf (2004a, 803).

³⁸² Ulich (2005, 13).

³⁸³ D'après Semmer & Zapf (2004a, 806ss.).

- Revues et méta-analyses montrent clairement que les cours de gestion du stress (*stress management trainings, SMT*) ou de résistance au stress (*stress inoculation trainings*), les méthodes de détente et de méditation³⁸⁴ ainsi que les programmes de compétences sociales et de forme physique sont efficaces pour la santé.³⁸⁵
- Une méta-analyse de 48 SMT indique que les approches cognitivo-comportementales sont le plus efficaces et qu'elles agissent avant tout sur des paramètres tels que l'estime de soi, l'aptitude subjective à contrôler la situation et les stratégies de gestion du stress, ensuite sur les symptômes de stress, de burnout et de troubles psychosomatiques.³⁸⁶
- Il apparaît judicieux de combiner approches cognitivo-comportementales et méthodes de détente.
- Les résultats relatifs aux effets à long terme sont peu nombreux mais encourageants.

Les programmes axés sur l'individu recourent de plus en plus au développement des ressources personnelles dans le but de transformer les conditions de travail. Il n'existe que peu d'études consacrées aux moyens de modifier les facteurs de stress.

Pour ce qui est de l'efficacité des programmes de prévention du stress dans le cadre de l'entreprise, Kreis & Bödeker font les constatations suivantes: le niveau des effets sur les symptômes psychiques et somatiques est **le plus élevé au niveau individuel**. Il est nettement plus faible à celui de l'organisation ainsi qu'à la charnière «individu-organisation».³⁸⁷

5.2.4.5 Interventions auprès de groupes cibles particuliers dans l'entreprise

Les **offres de conseils et le cours de préparations à la candidature** ainsi que les **programmes de réinsertion professionnelle** destinés aux chômeurs cumulant plusieurs désavantages peuvent contribuer efficacement à vaincre le chômage et à réduire ses répercussions sur la santé psychique. Un exemple coût-efficace remarquable à cet égard est le *JOBBS Programme* (B7.2). Un autre programme innovant et prometteur, visant à résoudre d'une part la problématique des personnes actives surchargées et/ou cherchant à devenir professionnellement indépendantes, d'autre part celle de chômeurs de longue durée, est testé depuis début 2005 en Suède (B7.3). Ce programme offre à des personnes actives la possibilité de prendre (au maximum) une année sabbatique moyennant une rente minimale, à la condition que leur poste soit occupé durant cette absence limitée par une personne qualifiée au chômage depuis longtemps. La portée du programme se limite ainsi à des fonctions relativement peu complexes, mais celui-ci a l'avantage d'être financièrement neutre.

Peu d'études ont été faites sur le thème socialement et économiquement important de la **conciliation entre profession et famille**, ou **profession-loisirs**;³⁸⁸ il ne semble pas encore y avoir de revues ou de méta-analyses sur ce sujet. Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes poursuit à cet égard une stratégie prometteuse (B9.1a+b), sous la forme de deux campagnes médiatiques associées qui ont fait l'objet de plusieurs auto-évaluations. Avec l'appui d'une étude sur la répartition du travail entre les sexes³⁸⁹, de centres de documentation et de la presse écrite, la campagne *Fairplay-at-home (2002)* a lancé un débat à ce sujet dans le grand public et chez beaucoup de futurs parents. *Fairplay-at-work (2003)* a sensibilisé par divers canaux les responsables des ressources humaines à la nécessité d'une politique du personnel qui tienne compte de la vie familiale, et a soutenu les pères dans leurs revendications à l'égard de l'employeur. Particulièrement en Suisse alémanique, le contenu de ces campagnes a été développé par les médias et repris par la politique nationale aussi bien que par les milieux économiques.

³⁸⁴ Plus de 20 études, englobant 1600 patients au total, ont établi que la méditation basée sur la pleine conscience est efficace pour combattre le stress, les dépressions et les états anxieux, mais aussi les douleurs chroniques et certains maux somatiques: Grossman et al. (2004).

³⁸⁵ P.ex. Michie (2003), Murphy (1996), Van der Klink et al. (2001).

³⁸⁶ Van der Klink et al. (2001).

³⁸⁷ Kreis & Bödeker (2003, 25).

³⁸⁸ Pour l'espace germanophone, cf. Kastner (2004) et Kern H. avec la collaboration de G. Meier (2005).

³⁸⁹ Bauer & Strub (2002).

Impact économique des interventions dans le contexte de l'entreprise³⁹⁰

Il faut que les mesures proposées aient une utilité économique pour être acceptées et encouragées par les entreprises. De nombreuses études ont établi que certaines interventions dans le cadre de la vie professionnelle agissaient aussi bien sur les coûts de traitements que sur l'absentéisme. Selon une revue très complète, la rentabilité de l'investissement se situe ici entre 2,3:1 et 10:1.³⁹¹ Il existe toutefois peu d'évaluations économiques des programmes de prévention du stress, alors même que de tels programmes recèlent un fort potentiel de réduction des coûts.

5.2.5 Contexte de l'école

5.2.5.1 Vue d'ensemble

Ce chapitre ne se limite pas aux interventions réalisées dans le cadre scolaire, mais englobe aussi celles qui visent d'autres contextes – notamment famille ou loisirs – mais sont menées à l'école parce que c'est là un moyen d'atteindre les groupes cibles.

Comme c'est le cas pour la promotion de la santé au sein de l'entreprise, les interventions menées dans le contexte de l'école visent beaucoup plus souvent à agir sur les personnes que sur le système. Rares sont par conséquent les preuves d'efficacité des interventions axées sur le niveau structurel.

Une revue prouve clairement que des programmes d'intervention destinés aux écoles primaires, secondaires et supérieures exercent une influence positive sur la santé psychique, réduisent les facteurs de risque ainsi que les problèmes affectifs et comportementaux grâce à un travail socio-émotionnel et socio-écologique.³⁹² Certaines interventions intégratives abordent l'école en tant qu'institution (établissement), d'autres se limitent à une partie – p.ex. degré ou classe – ou ciblent les élèves reconnus comme appartenant à un groupe à risque.

5.2.5.2 Niveau systémique dans le contexte scolaire

Il a été établi que des **programmes d'intervention socio-écologiques** agissant sur différents paramètres structurels de l'habitat ou de l'école, en vue d'améliorer le comportement affectif des élèves et de prévenir des résultats négatifs, ont un maximum d'efficacité lorsqu'ils restructurent le cadre scolaire et exercent une influence sur le climat de la classe ou de toute l'école.³⁹³

Un exemple remarquable à cet égard est le *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning CASEL* (S2.1). Le CASEL est un collectif de travail à l'Université d'Illinois, qui encourage notamment la science de l'apprentissage social et affectif (*social and emotional learning, SEL*). Les compétences développées dans ce cadre comprennent six *skill clusters: self-awareness, social awareness, self-management, responsible decision making, relationship skills*.

Les programmes SEL doivent entre autres leur succès à une approche systémique dans laquelle élèves, parents, représentants de la commune/communauté et enseignants participent ensemble aux processus d'élaboration, de réalisation et d'évaluation. Facteurs de réussite avérés: prise en considération des aspects structurels du contexte, programmes flexibles et adaptés aux circonstances (pas de paquet standard), gestion appropriée des ressources, prise en considération des caractéristiques des adultes qui mettent en œuvre les réformes prévues.³⁹⁴

Le *Réseau suisse d'écoles en santé (RES-CH)* poursuit lui aussi une démarche systémique visant le développement de l'école et d'un bon climat favorisé par des processus appropriés.³⁹⁵ Un autre exemple est le *Netz-*

³⁹⁰ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG (2004, 48ss.).

³⁹¹ Aldana (2001); cf. aussi Kerkau (1997, 235ss.).

³⁹² Domitrovich C. et al. (2005).

³⁹³ Hosman et al. (2004, 30f.).

³⁹⁴ Elias M.J. et al. (2003).

³⁹⁵ Le RES-CH est un des centres de compétences du programme «éducation + santé Réseau suisse»; faisant partie du *European Network of Health Promoting Schools (ENHPS)*, il se basait au départ sur le modèle de référence européen de l'OMS, mais a rapidement cherché des critères complémentaires dans le débat sur la qualité de l'école.

werk *Gesundheitsteams Stadtberner Schulen* (S3.1), dont l'évaluation auprès des enseignants aussi bien que des élèves témoigne d'une efficacité certaine des points de vue état psychosocial et compétences de vie.

5.2.5.3 Niveau individuel dans le contexte scolaire

Elèves

La plupart des interventions axées sur le comportement individuel font partie de programmes destinées à développer les compétences de vie (formation en dynamique de la vie) et à réduire certains facteurs de risque comme l'abus de substances. Amélioration de la santé psychique et maîtrise du stress ne sont des objectifs prioritaires que dans quelques programmes scientifiques sans but thérapeutique, alors même qu'il est prouvé «qu'un traitement approprié du stress durant l'enfance et l'adolescence peut être considéré comme un facteur de protection important lors d'épreuves psychiques».³⁹⁶ Deux approches psychosociales de promotion de la santé dans le cadre scolaire – compétences de vie et stabilité psychique – se sont avérées particulièrement importantes et efficaces à cet égard au cours des vingt dernières années.³⁹⁷ De nombreux programmes ont combiné divers éléments de ces deux approches.

Dans l'état actuel des connaissances, on peut affirmer en résumé que les programmes et projets basés sur la **formation en compétences de vie** sont prometteurs (cf. p.ex. S4.4: *The Promoting Alternative Thinking Strategies PATHS*). D'une manière générale, leur efficacité se manifeste non seulement sous forme de résultats scolaires, mais aussi par l'aptitude à mieux résoudre des problèmes et par des compétences sociales accrues, ainsi que par une diminution des processus d'internalisation et d'externalisation de problèmes tels que symptômes dépressifs, anxiété, intimidation, abus de substances psycho-actives, comportements agressifs et délinquants.³⁹⁸

Lorsque des interventions visant à accroître la compétence à résoudre des problèmes se concentrent sur certains aspects de la santé psychique et de l'abus de substances, elle ont en même temps un effet préventif pour les aspects en question. Mais on ne sait pas quels éléments des programmes de promotion de la santé à l'école sont vraiment efficaces.³⁹⁹

Un autre exemple de formation efficace aux compétences de vie en relation avec l'influence sociale que l'individu peut exercer s'intitule *Fit und stark fürs Leben*, un manuel pour l'épanouissement de la personnalité en vue de prévenir agression, stress et dépendances (S4.5). Une étude pilote menée dans le cadre du projet *STREMA (Stress- und Selbstmanagement in der Schule, stress et autogestion en milieu scolaire)* (S9) a fourni des repères sur l'efficacité de cette approche.⁴⁰⁰ L'examen des troubles affectifs et comportementaux effectué avant et après le programme montre, chez les élèves, moins d'agressions et de délinquance, moins de difficultés à apprendre et de repli social, moins d'anxiété et de troubles obsessionnels, ainsi qu'une nette amélioration des compétences sociales.

Enseignants

Il existe des mesures efficaces contre le surmenage psychique et physique et les symptômes d'épuisement professionnel chez les enseignants. L'étude de corrélation menée dans les cantons de Lucerne et de Fribourg (déjà évoquée au chap. 3.3.6) indique que les enseignants disposant de bonnes **stratégies de gestion du stress** et d'une bonne **aptitude à surmonter les épreuves** ont beaucoup moins de troubles psychiques, moins de difficultés subjectives et une santé psychique largement supérieure, une meilleure image d'eux-mêmes, davantage de satisfaction au travail et dans la vie en général.⁴⁰¹ Interventions efficaces: cours d'une semaine, cours de vulgarisation d'une année pour les jeunes enseignants et cours de deux ans pour les délibérations du corps enseignant (S7.1). L'aptitude à gérer le stress et les épreuves a largement progressé avec les trois formes d'intervention, les manifestations de burnout ont très nettement diminué, et la satisfaction professionnelle et privée a significativement augmenté. Des effets durablement positifs sont probables.

³⁹⁶ Hampel & Petermann (2001).

³⁹⁷ Jerusalem & Weber (2003, 464ss.).

³⁹⁸ Domitrovich C. et al. (2005).

³⁹⁹ Jerusalem & Weber (2003, 472).

⁴⁰⁰ Cf. Lattmann & Rüedi (2003) et Schmid & Lattmann (2003).

⁴⁰¹ Kramis-Aebischer (1995, 408).

5.2.5.4 Programmes à caractère général

Les programmes d'intervention non limités à un contexte ou à des groupes cibles spécifiques résultent de la constatation qu'enfants et adolescents sont le mieux soutenus dans leurs ressources personnelles et sociales lorsqu'ils ont l'appui *conjugué* des enseignants et des parents. Les programmes qui offrent des combinaisons d'interventions ayant fait leurs preuves – p.ex. formation de la personnalité pour les élèves, formation éducative pour les parents et programme de gestion du stress pour les enseignants – peuvent en conséquence être considérés comme prometteurs. On peut en attendre des améliorations de la qualité de vie dans les deux contextes, ainsi qu'un bien-être accru chez les participants (cf. p.ex. ESSKI: S8).

Déjà mentionné pour le groupe cible des élèves, le modèle prometteur du *Stress- und Selbstmanagement in der Schule STREMA* (S9) prend la forme d'un programme modulaire qui comprend aussi des objectifs systémiques en plus d'encourager les compétences et ressources personnelles et socio-communicationnelles des élèves et des enseignants.⁴⁰²

5.2.6 Contexte de la famille

Sont considérées comme familles toutes les formes de vie en commun comprenant au moins le parent unique et un enfant propre ou adopté, femmes enceintes comprises. Les interventions portant sur des couples sans enfant ni désir d'en avoir ne sont pas prises en considération ici.

5.2.6.1 Relation parents-enfant ou mère-enfant

La preuve a été largement apportée que des **programmes d'intervention précoce** dans ce contexte sont une stratégie de prévention efficace. Ceux qui ont le plus de succès s'adressent aux enfants de familles à faible niveau de revenu et de formation.⁴⁰³ Ils comprennent des visites à domicile au cours de la grossesse et de la petite enfance, l'invitation à réduire la consommation de tabac durant la grossesse, des cours pour les parents et des programmes préscolaires.

Les **interventions à domicile avant la naissance et durant la petite enfance**, portant sur le tabagisme des mères, le soutien social, les compétences éducatives et les premiers temps de la relation parent-enfant, produisent des effets positifs sur la santé ainsi que des points de vue social et économique. Cela se traduit par des améliorations de la santé psychique des mères et des nouveaux-nés, par une diminution du recours aux prestations des services de santé et par une réduction à long terme des problèmes comportementaux des enfants après 15 ans⁴⁰⁴ (F1.1).

De même, l'efficacité des divers programmes de formation des parents est en règle générale bien établie. Un exemple qui a donné plusieurs fois de bons résultats est le *Triple P, Positive Parenting Programme* (F2.2), qui réduit sensiblement les comportements violents (*disruptive behaviour*) chez les parents qui y participent, et leur confère assurance et confiance accrue dans leurs aptitudes éducatives.⁴⁰⁵

Un programme d'éducation analogue au *Triple P* s'intitule *STEP, Systematic Training for Effective Parenting*. Le *STEP* constitue la formation pour parents la plus courante et la plus fréquemment évaluée aux Etats-Unis. Plus de 60 études scientifiques ont mis en évidence l'influence positive que les cours *STEP* exercent sur le style éducatif des parents de toutes classes sociales. Ce programme fait actuellement l'objet d'un essai et d'une évaluation à grande échelle en Allemagne.⁴⁰⁶

Les interventions destinées aux **enfants et adolescents dont le ou les parents sont psychologiquement malades ou toxicodépendants**, un groupe particulièrement vulnérable, n'existent que depuis une quin-

⁴⁰² Schmid & Lattmann (2003) et Lattmann & Rüedi (2003).

⁴⁰³ Brown & Sturgeon (2005).

⁴⁰⁴ Une analyse de cinq programmes de ce genre donne des résultats analogues: Durlak & Wells (1997, 129).

⁴⁰⁵ Sanders et al. (2000).

⁴⁰⁶ Par K. Hurrelmann, Uni Bielefeld.

zaine d'années (cf. p.ex. F3.1). Elles se réfèrent au tableau clinique de toute la famille, s'intéressent à la résilience psychosociale des enfants, aux relations familiales, à la stigmatisation et au soutien apporté par des réseaux sociaux, et sont réalisées à diverses étapes de l'ontogenèse⁴⁰⁷. Les rares études contrôlées témoignent d'une amélioration de l'aptitude à gérer le stress (*coping*) avec les types suivants d'interventions:⁴⁰⁸

- programmes de visites à domicile durant la première année de vie, dans le but d'améliorer la relation parents-nourrisson
- programmes de dépistage à l'école et d'intervention précoce chez les enfants présentant des symptômes d'anxiété et avec des parents anxieux
- programmes cognitifs pour des groupes d'adolescents dont les parents sont dépressifs

Il y a deux catégories d'interventions concernant les **ruptures familiales par séparation ou décès**: les programmes destinés aux enfants et ceux prévus pour les parents.⁴⁰⁹

Les programmes pour les enfants peuvent réduire à moyen terme les symptômes dépressifs et les problèmes comportementaux. De nombreuses interventions ont été élaborées pour les enfants qui ont perdu un de leurs parents ou les deux, mais peu ont fait l'objet d'études bien contrôlées.

Les programmes axés sur les parents peuvent améliorer la relation mère-enfant et atténuer les problèmes d'internalisation et d'externalisation des enfants (cf. F4.2).

5.2.6.2 Programmes à caractère général

Il existe des études qui apportent la preuve qu'une approche globale, couvrant simultanément plusieurs contextes et groupes cibles, est plus efficace que les mesures concentrées sur un seul contexte ou groupe vulnérable⁴¹⁰ (cf. F6.1 et F6.2).

5.2.7 Interventions thématiques

Consacrés à des thèmes spécifiques, les programmes d'intervention récapitulés ici intéressent plusieurs contextes et groupes cibles. Ils ne peuvent donc être classés dans aucun contexte particulier.

En font partie les interventions préventives concernant les troubles de stress post-traumatique ou **Post-Traumatic Stress Disorder PTSD**⁴¹¹ (T1), dont les symptômes peuvent survenir également dans des pays en paix, chez les personnes confrontées à des situations traumatisantes – catastrophe naturelle, violence physique et psychique, menace physique, agression et vol, acte terroriste. Le traitement initial est normalement clinique, parfois avec un suivi psychologique et une médication. Pour prévenir et réduire les symptômes de PTSD qui disparaissent rarement complètement, des approches complémentaires axées sur les ressources ont fait leur preuve – notamment techniques de relaxation, explications théoriques, participation à des groupes d'entraide, activités de loisirs positives, physiques et créatives, activation et développement du réseau social, engagement dans le bénévolat.⁴¹² Il convient de recourir à une prévention primaire ou secondaire, selon la gravité du traumatisme et le niveau des ressources individuelles.

Les **techniques de relaxation psychophysiologique** sont une forme d'intervention très répandue, et leurs effets bénéfiques sur les facteurs de stress physiologique et psychologique ont été étudiés et prouvés surtout dans le contexte de l'entreprise⁴¹³. Parmi les techniques efficaces, on peut relever la détente musculaire progressive, certaines techniques de méditation, le training autogène, ainsi que des méthodes combinant détente musculaire et training cognitivo-comportemental (cf. T2).

⁴⁰⁷ Développement de l'individu, depuis la fécondation de l'œuf jusqu'à l'état adulte (Le Petit Robert).

⁴⁰⁸ Beardslee et al. (2005).

⁴⁰⁹ Sandler et al. (2005).

⁴¹⁰ Hosman et al. (2004, 31).

⁴¹¹ Shalev (2001).

⁴¹² Ruzek (sans année), Young et al. (sans année).

⁴¹³ Cf. aussi chap. 5.2.4.4: interventions de prévention du stress dans le contexte de l'entreprise.

Les méta-analyses de **programmes de prévention de la dépression** montrent que ces programmes ont eu davantage d'effet lorsqu'il comptait plusieurs éléments et des techniques pour développer les compétences, et se déroulaient sur plus de huit séances de 60 à 90 minutes. Les personnes d'un certain âge ont bien profité du soutien social, alors que les méthodes comportementales ne convenaient pas pour ce groupe cible. Un exemple de réussite dont les résultats ont été bien évalués est le *Nürnberger Bündnis gegen Depression* (T3.1), qui se pratique maintenant en Suisse également.

5.3 RECOUPEMENTS AVEC LE THÈME STRATÉGIQUE «POIDS CORPOREL SAIN»

Les rapports sur les thèmes stratégiques «poids corporel sain» et «santé psychique – stress» contiennent nombre d'indices et de preuves qu'il existe des liens étroits entre santé physique et santé psychique. Le rapport sur la problématique de la surcharge pondérale montre bien qu'à côté des répercussions physiques, l'excès de poids peut s'avérer psychologiquement très éprouvant pour les enfants et les adolescents aussi bien que pour les adultes, et porter atteinte à leur situation scolaire ou professionnelle.⁴¹⁴ Dans l'optique du présent rapport, les recoupements se situent inversement au niveau des facteurs et des conséquences physiologiques, mais aussi à celui des moyens psycho-physiologiques de surmonter le stress. Bien-être psychique, soutien et réseaux sociaux constituent des facteurs de protection de la santé physique. Réciproquement, la promotion de la santé somatique exerce une influence positive sur le bien-être des personnes âgées notamment.⁴¹⁵

Il en résulte que tous les plans d'action relevant de ces deux domaines stratégiques se doivent d'examiner avec soin ce que cela implique pour l'autre dimension, et d'exploiter systématiquement leurs synergies potentielles. A l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale 2004, il a été préconisé, entre autres, que les mesures visant à promouvoir des modes de vie sains veillent en même temps à éviter les atteintes psychiques; et qu'inversement la promotion de la santé psychique s'intéresse également au bien-être physique.⁴¹⁶

La corrélation entre atteintes à la santé physique est largement établie sur le plan scientifique⁴¹⁷ et illustrée par les deux exemples ci-après.

Les troubles du comportement alimentaire présentent un haut degré de comorbidité avec la dépression, les états anxieux et l'abus de substances psycho-actives. A côté des aspects comportementaux avec leurs incidences familiales et sociales, la recherche a mis en évidence les facteurs de risque *psychiques* que sont les problèmes relationnels, l'intimidation, un sentiment médiocre de sa propre valeur, la difficulté à maîtriser stress émotionnel et conflits.⁴¹⁸

Dans l'étude plusieurs fois évoquée sur des enfants et des adolescents en Norvège ainsi qu'en Suisse alémanique et romande, on constate une corrélation entre bien-être et états dépressifs d'une part, activités sportives d'autre part pour ce groupe de population:⁴¹⁹ les enfants et les adolescents qui ne pratiquent aucun sport ont un moins bon niveau de bien-être que les jeunes plus actifs; par ailleurs, les enfants et les adolescents qui font du sport ont des épisodes dépressifs moins marqués que les inactifs.

⁴¹⁴ Schopper (2005).

⁴¹⁵ Sturgeon (2005).

⁴¹⁶ La Journée mondiale de la santé mentale de l'année 2004 s'est focalisée sur l'étroite corrélation entre les aspects psychiques et physiques de la maladie et de la santé. Les personnes atteintes de maladies chroniques ont souvent des troubles affectifs et psychiques; de même, les personnes souffrant de troubles psychiques présentent fréquemment des affections physiques non diagnostiquées; outre celles évoquées au chap. 2.2, les diabétiques, par exemple, ont un risque trois ou quatre fois plus élevé de souffrir d'états anxieux ou de dépression. Cf. German Network for Mental Health GNMH (2004).

⁴¹⁷ Cf. p.ex. Victorian Health Promotion Foundation (2005, 8ss.).

⁴¹⁸ Hosman et al. (2004, 43ss.).

⁴¹⁹ Grob (1997, 76ss.).

5.4 RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Résumé

Stratégies européennes et stratégies de deux pays

- Ce chapitre présente des exemples de politiques et de stratégies concrètes pour l'avenir, à savoir le réseau européen *Implementing Mental Health Promotion Action (IMHPA)*, l'organisation *Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries (EMIP)*, l'*Alliance européenne contre la dépression (EAAD)*, ainsi que trois stratégies européennes de mise en œuvre dans le domaine de la promotion de la santé au sein de l'entreprise. Ces exemples sont complétés à l'échelon national par la description de deux stratégies innovantes, celle de l'Écosse et celle de l'État australien de Victoria.

Interventions

- **Contexte commune/communauté:** les interventions faites au niveau des communautés locales se concentrent sur la réalisation de processus d'autonomisation (*empowerment*) et la mise en place de réseaux d'entraide. A l'échelon individuel il existe des programmes d'intervention efficaces pour prolonger l'autonomie des personnes âgées et prévenir ou retarder la nécessité d'une prise en charge.
- **Contexte institution sociale:** les programmes mentionnés ci-dessus ont également été testés dans un cadre institutionnel. Il existe un petit nombre d'interventions évaluées dans ce contexte, notamment le programme national de prévention des toxicomanies intitulé *Fil rouge*.
- **Contexte entreprise:** c'est pour ce contexte que l'on compte le plus d'études scientifiques, portant en majorité sur le personnel et plus spécifiquement sur le stress. Deux approches comparées ici sont la gestion des absences/présences et la gestion de la santé dans l'entreprise.

Niveau systémique: les cercles de santé et les mesures de prévention du stress en modifiant les conditions de travail montrent qu'il est possible d'améliorer la santé dans l'entreprise par une réduction des pressions psychosociales et par un renforcement des ressources psychosociales. Mais des résultats hétérogènes et une qualité médiocre pour la plupart des études d'évaluation font que l'on manque encore de conclusions scientifiques claires. C'est au niveau de l'absentéisme et de la satisfaction au travail que l'on observe les effets le plus réguliers. Facteurs de réussite: bonne mise en œuvre, accroissement de l'autonomie et de la diversité des exigences, stratégies d'autonomisation.

Niveau individuel: c'est à ce niveau que les programmes de prévention du stress – en affrontant, en évitant ou en modifiant celui-ci – s'avèrent le plus efficaces en cas de symptômes psychiques (et somatiques). Les cours de gestion du stress (*stress management trainings, SMT*) ou de résistance au stress, les méthodes de détente et de méditation, les programmes de compétences sociales et de forme physique améliorent effectivement la santé. Les programmes de réinsertion des chômeurs et les interventions en vue de concilier profession et famille sont efficaces ou prometteurs.

- **Contexte école:** les interventions peuvent concerner l'école en tant qu'institution, une partie de celle-ci, un degré ou une classe, ou se concentrer sur un groupe à risque d'élèves.

Niveau systémique: les programmes d'intervention intégratifs, socio-écologiques, ont un maximum d'efficacité lorsqu'ils poursuivent une démarche systémique et s'adaptent en souplesse au contexte, réorganisent le cadre scolaire et exercent une influence sur le climat de la classe ou de toute l'école.

Niveau individuel – élèves: les études à ce sujet s'intéressent surtout aux interventions visant à renforcer les compétences de vie générales et à réduire l'abus de substances. Pour les formations en compétences de vie et en stabilité psychique face au stress, on dispose de toute une série de résultats confirmés sur l'amélioration de l'aptitude à résoudre des problèmes et celle des compétences sociales, sur la diminution des processus d'internalisation et d'externalisation de problèmes, et sur l'amélioration des aptitudes scolaires.

Niveau individuel – enseignants: il existe également des interventions efficaces contre le surmenage psychique et physique et les symptômes de burnout chez les enseignants. Les programmes combinés à l'intention des élèves, des parents et des enseignants doivent être considérés comme une formule prometteuse.

- **Contexte famille:** de nombreuses études montrent que les programmes intervenant à un stade précoce dans ce cadre constituent une stratégie de prévention efficace. Ceux qui ont le plus de succès s'adressent aux enfants de familles à faible niveau de revenu et de formation; ils comprennent des visites à domicile durant la grossesse et la petite enfance, ainsi que des cours pour les parents et des programmes préscolaires. Des études prouvent qu'une approche globale, couvrant simultanément plusieurs contextes et groupes cibles, est plus efficace que les mesures concentrées sur un seul contexte ou groupe vulnérable.
- **Interventions thématiques:** mesures préventives concernant les troubles de stress post-traumatique (PTSD), techniques de relaxation psycho-physiologique, programmes de prévention de la dépression. Les interventions sur les PTSD ont fait leurs preuves; toute une série de techniques de relaxation ont une efficacité avérée; et l'on connaît des exemples de programmes préventifs contre la dépression qui ont donné de bons résultats.

Recouvrements avec le thème central «poids corporel sain»

- Le présent rapport met en lumière l'étroite corrélation entre santé physique et santé psychique, ainsi que les facteurs et effets physiologiques du stress avec les moyens de lutte contre celui-ci. Les interactions bien connues entre mauvaise santé psychique et santé physique sont illustrées par l'exemple des troubles du comportement alimentaire et par celui de l'activité sportive.

Conclusions

- **Développements stratégiques:** une adhésion active de la Suisse à des stratégies européennes actuelles d'organisations gouvernementales et non-gouvernementales (*IMHPA, EMIP*) est souhaitable. Selon les contextes choisis, il convient d'intensifier la participation au *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)*. Les stratégies élaborées devraient prendre en considération les expériences faites par des programmes innovants, évalués ou prometteurs d'autres pays (p.ex. *VICHEALTH*).
- **Interventions:** des études ont été faites pour des interventions visant toutes les phases de la vie humaine et tous les contextes, mais surtout ceux de l'entreprise, de l'école et de la famille, en particulier au niveau des comportements individuels. Leur qualité, leurs effets et le degré de clarté des résultats sont souvent hétérogènes. Certains programmes menés dans différents contextes montrent cependant que la prévention du stress et la promotion de la santé psychique peuvent être efficaces et avoir toute une série de résultats positifs (santé, effets sociaux et économiques). Voir d'autres conclusions et recommandations au chapitre 6.

6. Les interventions nécessaires en Suisse: recommandations

Sur la base des faits et des chiffres qui ont été présentés jusqu'ici, ce dernier chapitre formule sept recommandations relatives aux interventions prioritaires – aussi adéquates et efficaces que possible – à réaliser en Suisse dans le domaine de la santé psychique et du stress. Les questions de rentabilité économique et de mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales sont traitées dans des documents de base parallèles.⁴²⁰ Les présentes recommandations couvrent les aspects de la faisabilité technique dans une optique «santé publique». Quant à ceux de la faisabilité stratégique, politique et financière, il conviendra de les éclaircir dans une étape ultérieure. Nous commençons ici par un aperçu général du travail à accomplir.

6.1 LA NÉCESSITÉ GLOBALE D'AGIR

Constat 1: Les troubles et maladies psychiques, aussi bien que le stress, revêtent une importance considérable en termes de santé publique. Il apparaît évident que le thème central «santé psychique – stress» appelle des mesures générales.

Les données épidémiologiques et sociales dont on dispose actuellement témoignent d'une nécessité persistante de prendre le taureau par les cornes; et il est très probable que ce besoin ira encore en augmentant. En l'absence de mesure ciblées et efficaces, le fardeau des maladies mentales – en particulier des dépressions – s'alourdira en Suisse comme ailleurs, pour devenir un facteur social et économique encore plus difficile à supporter. Les taux de suicide élevés, et la multiplication alarmante des bénéficiaires de rentes AI en raison de désordres psychiques, ne représentent que la pointe de l'iceberg.

Comme les pressions psychosociales tendent à s'accroître de plus en plus dans tous les milieux et à toutes les étapes de la vie, il y a lieu de penser que le stress va prendre une importance encore plus grande en tant que facteur de risque pour la santé psychique (et physique). La transformation incessante de la société et l'augmentation de la pression économique aggraveront encore les situations de stress chronique et de contraintes accumulées, compliquant ainsi la tâche de surmonter les événements critiques et les transitions de l'existence.

Les troubles psychiques ainsi que le stress et ses répercussions affectent non seulement l'état subjectif de l'individu, mais aussi le développement économique du pays et la cohésion de la société (intégration sociale). Toujours plus nombreuses sont les personnes appartenant à des catégories vulnérables qui atteignent les limites de leur résistance psychique et physique; et beaucoup d'entre elles ne sont pas à même d'assumer les coûts financiers et sociaux que ces situations engendrent. Cette évolution aura des répercussions sociales et économiques pour la société dans son ensemble.

Constat 2: Les lacunes observées en matière de données scientifiques ne mettent pas en question la nécessité d'agir.

Sur le plan épidémiologique, par exemple, on observe l'absence fréquente de données spécifiques aux deux sexes. Il y a aussi une grande hétérogénéité dans la qualité et la fiabilité des données relatives aux interventions. On constate d'une manière générale que la grande majorité des interventions visent des aspects comportementaux plutôt que des questions structurelles. Des programmes spécifiquement destinés à prévenir le stress n'ont été répertoriés que pour les contextes de l'entreprise et de l'école. On sait peu de choses concernant des moyens efficaces de gérer le chômage des jeunes⁴²¹, l'invalidation ou la conciliation entre profession et vie familiale, et les interventions au sein des institutions sociales sont rares. Ces lacunes signifient qu'il faudra emprunter de nouvelles voies dans certains domaines. Il convient enfin de reconnaître que la réalisation et l'évaluation de projets ou programmes consacrés à la santé psychique et au stress sont relativement récentes en Suisse, que c'est un domaine en voie d'élaboration. Les recom-

⁴²⁰ Schug L. avec la collaboration de C. Eisenring (2005), ou Lamprecht et al. (2005).

⁴²¹ Stamm (2005).

mandations ci-après devront donc être vérifiées, étendues et approfondies régulièrement en fonction des nouveaux acquis théoriques et, surtout, pratiques.

6.2 ACTIONS À ENTREPRENDRE EN FONCTION DES CONTEXTES ET DES CATÉGORIES SOCIALES

Un tableau général (tab. 2, chap. 3.3.1) a répertorié tout d'abord une bonne trentaine de groupes potentiellement vulnérables sur le plan de la santé psychique ou du stress. Dans une deuxième étape, il a été tiré de cette liste – en vertu de l'égalité des chances – près de vingt groupes présentés avec leurs contextes dans une perspective épidémiologique et sociale (chap. 3.3.2 à 3.3.8). Les recommandations qui suivent apportent des précisions classées par groupes cibles et par contextes; elles sont récapitulées en fin de chapitre, dans le tableau 8.

6.2.1 Groupes de population

La liste de critères ci-dessous a été établie pour définir concrètement les groupes cibles à prévoir. Elle doit servir à sélectionner des groupes qui se prêtent à des interventions aussi utiles et efficaces que possible.

Liste de critères pour la sélection de groupes cibles⁴²²

- 1 Les groupes cibles revêtent une **importance significative pour la santé publique**, en ce sens qu'il s'agit de groupes de population complets, nombreux et autant que possible définissables par leur niveau de connaissances, leurs comportements et leurs attitudes.
- 2 Ils sont faciles à atteindre par les **méthodes de la santé publique**.
- 3 Ils sont particulièrement menacés, défavorisés ou vulnérables sur le plan de la santé psychique et des pressions psychosociales. En d'autres termes, ils se caractérisent par un ou plusieurs paramètres sociodémographiques d'**inégalité des chances de santé** (statut socio-économique: éducation, métier, revenu modestes; migration; âge; sexe).
- 4 Ils sont en outre affectés par
 - 4.1 des **contraintes doubles ou multiples** persistantes,
 - 4.2 des **transitions ou passages** difficiles dans les étapes de la vie, ou
 - 4.3 des **situations critiques** de leur existence.
- 5 La **nécessité d'intervenir** dans le domaine de la santé psychique ou du stress est manifeste ou facile à prouver pour ces groupes.

⁴²² Comme celle présentée plus loin pour la sélection de contextes, cette liste de critères devra éventuellement être complétée et précisée. Elle permet cependant, sous cette forme, une sélection suffisamment précise pour assurer l'application judicieuse et efficace des méthodes propres à la santé publique, mais aussi pour optimiser les moyens mis en œuvre. Des groupes cibles tels que les couples ou les femmes victimes de violence domestique y échappent non pas en raison d'un manque de nécessité ou de prestations ad hoc garanties dans tous les cas, mais parce qu'ils sont difficilement accessibles par l'approche santé publique (couples) ou parce que des services sociaux ont été mis en place à l'échelle cantonale ou communale et offrent des prestations largement disponibles. Le critère général de la santé publique ne couvre pas non plus certaines catégories fortement défavorisées et relativement petites comme les anciens détenus, ou des groupes en diminution comme les familles nombreuses.

Lors de l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'intervention, choix précis et définition des groupes cibles doivent tenir compte des aspects suivants:

- Quels paramètres de l'égalité de chances en matière de santé jouent ici un rôle prépondérant? Il faut vouer pour tous les groupes cibles une attention particulièrement à la question de l'égalité hommes-femmes.
- Quelle importance doit être accordée à l'utilité matérielle des interventions envisagées, quels doivent être les poids respectifs de l'éthique et de l'économie? Dans une perspective de simple rentabilité, il faudrait donner la préférence aux groupes cibles des jeunes générations pour lesquelles on peut prévoir de plus lourdes charges à long terme. Mais dans l'optique du présent rapport, la discrimination des groupes plus âgés que cela impliquerait n'est pas défendable sur le plan éthique et politique. Cf. à ce sujet Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) (2004, V), Godfrey (2001), Hale (2000) et www.mentalhealth-econ.org.
- Cela pose aussi la question de l'utilité à court, à moyen et à long terme des interventions auprès des différents groupes cibles. Comment définir l'effet durable auprès de groupes âgés, et quel poids accorder à ce critère de sélection?

Recommandation 1 :**Principaux groupes cibles à prévoir pour les interventions en Suisse: enfants, adolescents, salariés, personnes âgées.****Justification générale**

Cette recommandation se base d'une part sur la liste de critères ci-dessus, et découle d'autre part des données épidémiologiques et sociologiques exposées au chapitre 3. Elle correspond en substance aux recommandations faites par une importante étude européenne qui s'étend sur plusieurs années.⁴²³ Elle doit servir de repère initial pour la sélection des groupes cibles, lesquels seront justifiés et précisés dans le contexte correspondant (cf. plus loin). L'analyse des groupes cibles doit identifier et prendre en considération les recoupements avec d'autres groupes cibles du même contexte et avec ceux d'autres contextes impliqués.

Justification et focalisation – enfants (0 à 10 ans)

Les enfants sont exposés à des exigences scolaires et sociales croissantes. Ils ont simultanément à passer des transitions délicates, notamment celle de la famille au jardin d'enfants ou à l'école. Au stade de développement où ils se trouvent, les enfants n'ont guère les moyens de reconnaître leurs ressources intérieures et extérieures et de les exploiter consciemment pour surmonter les aléas de leur existence – y compris les vicissitudes professionnelles et privées de leurs parents.

La vulnérabilité est particulièrement marquée chez les petits enfants, les élèves faibles à l'école et en proie à des difficultés comportementales, ceux qui appartiennent à des familles de migrants ou à d'autres milieux défavorisés sur les plans social et culturel.

Les points névralgiques sont ici l'abandon, les désordres comportementaux et les symptômes de stress, le manque de bien-être et la violence (intimidation) en tant qu'auteurs et/ou victimes.

C'est auprès de ce groupe cible que des interventions s'avèrent le plus convaincantes, du fait qu'elles agissent très tôt sur l'évolution future. Elles doivent être intensives pour avoir de l'efficacité, et ne produisent généralement pas d'effet immédiat; leurs résultats sont pourtant d'autant plus importants et durables qu'ils peuvent influencer sur toute une existence et au-delà, sur la ou les générations suivantes.

Justification et focalisation – adolescents (11 à 20 ans)

Les problèmes de ce groupe cible sont mêlés à une série de transitions généralement vécues comme pénibles. Les adolescents ont un long chemin à parcourir depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte; cette période se subdivise en phase de puberté, toujours plus précoce (entre 11 et 16 ans), et en phase d'adolescence (entre 17 et 20 ans). Parallèlement, ils doivent maîtriser les passages de l'école à l'apprentissage ou au degré secondaire supérieur et de l'apprentissage à l'activité professionnelle ou du secondaire II au degré tertiaire. Ces transitions se caractérisent par de sérieux défis psychosociaux qui se posent au moment où l'on quitte le foyer familial et où il s'agit de trouver de nouveaux repères dans sa vie privée et professionnelle.

Particulièrement vulnérables sont là aussi les jeunes scolairement faibles et présentant des troubles comportementaux, ceux issus de familles de migrants et d'autres milieux socialement et culturellement défavorisés.

Les points névralgiques: bien-être diminué et difficulté à surmonter le stress, recherche d'un poste d'apprentissage ou d'un emploi, taux élevé de suicide ou de tentatives de suicide; à partir de 12 ans, consommation de substances avec des enfants du même âge et violence (intimidation); chez les 14–15 ans, transgression des normes dans le domaine de la sexualité.

Les interventions axées sur ce groupe cible sont également un investissement pour l'avenir et promettent des effets durables.

⁴²³ Kuhn K. et al. (2004).

Justification et focalisation – salariés (21 à 65 ans)

Comme la société dans son ensemble, le monde du travail devient toujours plus complexe et exigeant. Aucun âge de la vie professionnelle et aucune activité n'échappe à cette augmentation des pressions et des contraintes au travail. En plus des stresseurs directement liés au travail lui-même, il y a ceux que constituent les restructurations, la précarité permanente de l'emploi ou le travail sur appel. Par ailleurs, le bien-être au travail exerce une influence sur la vie privée.

La vie active comporte elle aussi des transitions qui peuvent être parfois difficiles comme le passage de l'apprentissage/formation à un emploi, et, toujours plus souvent, de l'emploi au chômage et/ou à la retraite. Ces pressions peuvent être encore accentuées par d'autres soucis liés au couple, à la fondation d'une famille ou à la séparation, à des changements de fonction ou d'emploi.

Membres particulièrement vulnérables de ce groupe cible: apprentis (cf. ci-dessus adolescents), salariés les plus jeunes et les plus âgés (à partir de 50 ans), mères de famille monoparentale, personnes menacées de chômage, chômeurs jeunes et de longue durée et leurs proches. Ces situations pénalisent là aussi particulièrement les personnes dont le niveau de formation est faible, issues de milieux socialement et culturellement défavorisés.

Points névralgiques: gestion du stress, capacité d'adaptation, harcèlement au travail, peur de perdre son emploi ou maintien et développement de l'aptitude à travailler et à négocier (au lieu d'une sécurité illusoire de l'emploi), conciliation entre vie professionnelle et vie privée. Selon l'âge et le groupe cible, le thème prioritaire peut aussi être la réorientation professionnelle ou la retraite anticipée.

Il n'est pas simple de mettre en œuvre des actions destinées à ce groupe cible – notamment au niveau structurel – du fait que la santé au travail constitue une préoccupation plutôt secondaire pour les entreprises. Mais celles-ci reconnaissent de plus en plus son importance et constatent que la santé est un investissement rentable. Les interventions auprès de ce groupe cible contribuent à moyen et long terme à une vie professionnelle et privée plus saine, donc à une situation de stabilité sociale et économique. Il est possible, dans ce contexte, d'aiguiller assez tôt les paramètres capacité de travail, morbidité et invalidité de manière à prolonger l'autonomie jusqu'à un âge avancé; ce qui se traduit par une amélioration de la qualité de vie et par des coûts de santé réduits.

Justification et focalisation – personnes âgées (dès 65 ans)

Une réalité démographique connue fait que toujours plus de personnes âgées souffrent d'un phénomène de désintégration sociale. Dans les agglomérations notamment, l'isolement et la solitude de ce groupe de population résultent d'un manque croissant de disponibilité sociale, de solidarité familiale et de voisinage actif, ce qui entraîne une sérieuse dégradation de leur qualité de vie. Contacts et relations de proximité sont indispensables pour que ces personnes puissent affronter à la fois leurs souvenirs, leur raison de vivre, un avenir incertain et une mobilité diminuée.

Particulièrement vulnérables sont les personnes seules très âgées – souvent des veuves de plus de 80 ans –, les personnes atteintes de démence vivant seules et/ou pour des raisons financières chez elles, des proches soignants et âgés (patients cachés) – là aussi le plus souvent des femmes, fréquemment malades elles-mêmes en raison du stress que suscitent les soins à apporter constamment. Pour prévenir efficacement une telle évolution, il conviendrait d'intervenir le plus tôt possible chez les personnes encore actives.

Points névralgiques: coûts sociaux et réintégration, maintien de l'indépendance et de l'autonomie, mais aussi crainte de devenir la victime de violences.

Les interventions auprès de ce groupe cible particulièrement sensibilisé aux problèmes de santé donnent à moindres frais des résultats rapidement tangibles. Elles peuvent améliorer le sentiment de solidarité, prolonger l'autonomie et retarder la nécessité de recevoir des soins, donc améliorer la qualité de vie et réduire les coûts.

6.2.2 Contextes

La définition et le choix concret des contextes se basent sur la liste de critères ci-dessous, qui se recoupe avec celle des groupes cibles. Cela doit faciliter la sélection de contextes qui devront être eux-mêmes le cadre d'interventions aussi judicieuses et efficaces que possible.

Liste de critères pour la sélection de contextes

- 1 Le contexte choisi correspond aux **critères reconnus** en la matière: un contexte est un «système social délimité et défini en vue d'une intervention de promotion de la santé, dans lequel sont fixées les décisions et les mesures à prendre dans ce but.»⁴²⁴
- 2 Le contexte peut être aisément atteint par des **méthodes de santé publique** (p.ex. familles, en passant par un accès systémique et le contact avec le contexte scolaire).
- 3 L'intervention prévue correspond à un **besoin avéré** pour ce contexte dans le domaine de la santé psychique ou du stress.
- 4 Le contexte (et les groupes cibles correspondants) dispose de **ressources** suffisantes pour que l'on puisse escompter un effet sensible et durable.

Recommandation 2:

Pour atteindre le mieux possible les groupes visés dans leur cadre habituel, il convient d'intervenir dans des contextes appropriés – les principaux étant: famille, école, commune/communauté, entreprise.

Justification générale

Il est prouvé que les interventions associant simultanément plusieurs contextes (et secteurs) sont mieux à même d'agir sur des systèmes et s'avèrent ainsi plus efficaces. Les actions engagées en fonction de contextes donnés prennent en considération la complexité des causes (p.ex. comportements et circonstances, implication de plusieurs contextes et secteurs) et permettent d'atteindre différents groupes cibles qui ont des liens entre eux (p.ex. élèves, enseignants, parents). Comme celle concernant les groupes cibles, cette recommandation se base d'une part sur la liste de critères ci-dessus, d'autre part sur la situation en matière de données. Celle-ci est particulièrement bien étoffée pour les contextes de l'école et de l'entreprise – condition importante pour des interventions judicieuses, efficaces et économiques. Le choix à faire découle aussi d'une concordance avec les principaux contextes des groupes cibles recommandés.

Justification et focalisation – *enfants*: famille et école

La famille est le contexte déterminant des tout petits et des enfants en âge préscolaire. Cela englobe des prestations offertes avec l'appui des communes, notamment les services de consultation pour les familles et les mères, ainsi que la garde des enfants en dehors de la famille. Sans adaptation du cadre structurel, la famille est soumise à des pressions plus fortes que jamais. Il est judicieux de réaliser certaines interventions destinées à la famille dans le cadre scolaire, où l'on atteint plus facilement les jeunes enfants.

L'école est le principal contexte des enfants durant la période de scolarité obligatoire, et doit répondre à des exigences toujours croissantes. Elle exerce une influence déterminante sur la socialisation des enfants. Mais du point de vue systémique, le contexte scolaire se recoupe largement avec le contexte familial, et l'un et l'autre avec celui de la commune/communauté. Les bonnes interventions auprès des élèves intègrent par conséquent non seulement leurs enseignants, mais aussi les parents ou éducateurs et des représentants du contexte communal (structuré ou non structuré).

⁴²⁴ Grossmann & Scala in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 206).

Justification et focalisation – adolescents: école et commune/communauté

Durant la scolarité et la formation professionnelle, les adolescents évoluent principalement dans le contexte scolaire ou à la périphérie de celui-ci. Ces contextes doivent se montrer toujours plus performants en termes de formation et subissent des pressions qui les incitent à se réformer constamment.

Mais à mesure que les jeunes se détachent du foyer familial et trouvent leur identité, le domaine des loisirs – qui fait partie du contexte de la commune/communauté – prend toujours plus d'importance. Il ne faut pas sous-estimer à cet égard le rôle que joue l'animation de jeunesse en milieu ouvert et les associations de jeunes. Ces activités ont pour effets simultanés d'encadrer les jeunes et de leur offrir un exutoire face aux nombreux défis qui les dépassent et à leurs répercussions. La famille reste un point de référence important pour les adolescents, tandis que le lieu d'apprentissage ou de travail constitue également un pôle important pour deux tiers d'entre eux.

Justification et focalisation – salariés: entreprise

Le contexte de l'entreprise se rapporte très clairement à tous les groupes cibles appartenant à la catégorie des salariés (et des chômeurs). Cependant, en termes d'équilibre de vie, la famille ou les formes analogues de partenariat constituent un contexte également important.

Il est recommandé de prévoir des interventions destinées aux petites et moyennes entreprises (PME) du fait que, contrairement aux grandes entreprises, elles ne disposent pas des ressources qui leur permettraient de prendre des mesures de prévention et de promotion de la santé allant au-delà des prescriptions de sécurité minimales. Leur faible taille les expose en outre à une pression économique particulièrement forte. En revanche, leurs structures aisément discernables et souvent familiales offrent des conditions favorables pour des interventions dans le domaine qui nous occupe ici.

Justification et focalisation – personnes âgées: commune/communauté

Les retraités encore jeunes et actifs évoluent principalement dans les formes structurées du contexte commune/communauté, notamment les associations, où on peut les atteindre le plus facilement. L'existence des personnes très âgées est par contre centrée en général sur des institutions sociales telles que homes simples ou médicalisés.

Le tableau ci-dessous récapitule les recommandations qui ont été faites concernant les groupes cibles et les contextes à prendre en considération. *Les interventions le plus prometteuses sont celles qui s'attaquent à ces points névralgiques pour les groupes cibles choisis et les contextes correspondants.* L'annexe III donne des précisions sur les acteurs parfois nombreux que cela suppose et sur des projets en activité dans ce domaine.

Tableau 8

Récapitulation des recommandations par groupes cibles et par contextes

Groupes cibles	Points névralgiques ⁴²⁵	Contextes
enfants (0–10 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • abandon • difficultés comportementales • symptômes de stress, bien-être diminué • violence (auteur et victime) 	famille et école (commune/communauté)
adolescents (11–16 et 17–20 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • puberté et adolescence • gestion du stress • recherche d'un apprentissage ou emploi • consommation sociale de substances • suicide et tentatives de suicide • violence (auteur et victime) 	école et commune/communauté (famille et entreprise)
salariés (21–65 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • gestion du stress • capacité d'adaptation • peur de perdre son emploi • violence au travail • aptitude à travailler et à négocier • conciliation entre vie professionnelle et vie privée • réorientation professionnelle • retraite anticipée 	entreprise (famille)
personnes âgées (dès 65 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • isolement et solitude • maintien de l'indépendance et de l'autonomie • peur de subir la violence 	commune/communauté (institution sociale)

6.3 INTERVENTIONS RECOMMANDÉES

Recommandation 3:

Chaque intervention requiert des approches axées à la fois sur l'individu et sur le système, en d'autres termes sur les comportements aussi bien que sur les circonstances. Tout doit être fait pour renforcer et développer les ressources et, simultanément, réduire les facteurs de risque.

Justification

Une approche visant les personnes – par exemple en vue de renforcer les compétences individuelles – donnera des résultats probants si elle est accompagnée et soutenue par des modifications du milieu ambiant, par exemple en instaurant des structures participatives. Pour intervenir à bon escient, il convient donc de prévoir également des changements structurels qui contribueront durablement à réduire le stress et à développer les ressources. Pour ce faire, on agira sur le contexte de manière à permettre aux groupes cibles d'éviter aussi bien le surmenage que la sous-sollicitation et d'aborder leur vie quotidienne comme un défi positif à relever.

Les interventions destinées à agir sur les comportements humains devraient à la fois promouvoir de façon ciblée les compétences propres à une orientation psychique positive dans le domaine de la santé (facteurs de protection), et prévenir les préoccupations persistantes ou récurrentes qui provoquent un stress débilant (facteurs de risque).

⁴²⁵ Il s'agit des principaux sujets de préoccupation du groupe cible correspondant, en relation avec la santé psychique et du stress ou en tant que manifestation d'une problématique vécue.

Le tableau ci-dessous énumère une série d'interventions efficaces ou prometteuses pour prévenir le stress et promouvoir la santé psychique dans les contextes choisis et auprès des groupes cibles recommandés. Ces exemples se basent essentiellement sur les interventions présentées dans le chapitre 5 et l'annexe II, et se réfèrent en partie aux principes décrits dans le chapitre 4. Il s'agira de les préciser et d'établir des priorités dans le cadre de leur planification concrète.

Tableau 9

Exemples d'approches à envisager pour la prévention du stress et la promotion de la santé psychique dans des contextes et pour des groupes cibles prioritaires

Contexte «école»: *enfants*

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> développement des capacités d'adaptation et des compétences de vie – notamment aptitudes relationnelles, résistance au stress et gestion de conflits autonomisation (<i>empowerment</i>), renforcement de la résilience, de l'efficacité individuelle et du sentiment de cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> école propice à la santé (principe appliqué au quotidien) en relation avec sa vocation éducative («bonne école en bonne santé») réformes pédagogiques: promotion de l'apprentissage social et émotionnel développement institutionnel axé sur l'amélioration du climat de l'école et de la classe, et sur une participation accrue promotion de la compétence en matière de santé chez les enseignants et les parents promotion des compétences des enseignants en matière de gestion du stress promotion des compétences éducatives des parents (premières années de la relation parent-enfant)

Contextes «école» et «commune/communauté»: *adolescents*

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> développement des capacités d'adaptation et des compétences de vie – notamment aptitudes relationnelles, résistance au stress et gestion de conflits autonomisation (<i>empowerment</i>), renforcement de l'efficacité individuelle et du sentiment de cohérence 	<ul style="list-style-type: none"> comme niveau système du contexte «école» renforcement de la participation dans tous les contextes prévus renforcement de l'intégration sociale (p.ex. ouverture d'associations pour les jeunes défavorisés)

Contexte «entreprise»: *salariés*

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> développement des capacités d'adaptation, des compétences personnelles, psychosociales et professionnelles et de la condition physique (gestion du stress, résistance, méthodes de détente et d'entraînement physique) promotion de l'apprentissage à vie 	<ul style="list-style-type: none"> stratégie globale de promotion de la santé en entreprise développement institutionnel centré sur l'organisation du travail (davantage de participation, de pouvoirs décisionnels et d'autorégulation) gestion du personnel (style de direction, reconnaissance, aménagement des horaires, vie professionnelle et vie privée) amélioration des conditions de travail (ergonomie)

Contexte «commune/communauté»: personnes âgées

Niveau individu	Niveau système
<ul style="list-style-type: none"> • renforcement de la sociabilité • autonomisation et aide à l'autopromotion, renforcement des capacités d'adaptation et de l'assurance personnelle, participation (compétences institutionnelles et sociales) • promotion des activités physiques et cognitives à vie (entraînement physique et entraînement de la mémoire combinés) 	<ul style="list-style-type: none"> • renforcement des réseaux sociaux, communautaires notamment • projets intergénérationnels, animation socio-culturelle • examens gériatriques préventifs combinés à des visites à domicile • soutien aux proches soignants (développement des compétences familiales, soins ambulatoires, soins à domicile, services de garde)

6.4 RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES**Recommandation 4 :**

Conformément au principe de la gestion en amont (*upstream management*) appliqué à la promotion de la santé et à la prévention⁴²⁶, il est recommandé d'agir le plus tôt possible pour développer des compétences utiles et contribuer au travail de dépistage, au lieu de se concentrer avant tout sur des problèmes déjà aigus et des urgences apparentes. Cette recommandation s'applique à tous les thèmes, tous les groupes cibles et tous les contextes.

Recommandation 5 :

Il est recommandé d'élaborer des plans d'intervention assurant la cohérence des déterminants principaux et des facteurs de risque et de protection par rapport aux groupes cibles et aux phases d'existence choisis, ainsi que par rapport aux contextes et aux secteurs prévus.

Recommandation 6 :

Il est recommandé d'examiner la possibilité de participer aux réseaux internationaux de promotion de la santé psychique, par exemple au réseau européen *Implementing Mental Health Promotion Action (IMHPA)*.

Recommandation 7 :

Il est recommandé de lancer une campagne nationale de longue haleine afin d'accompagner le programme d'intervention sur le plan médiatique et de sensibiliser le public à cette problématique. Ce serait l'occasion de faire connaître des interventions comportementales et systémiques, sous la forme de messages forts et positifs.⁴²⁷

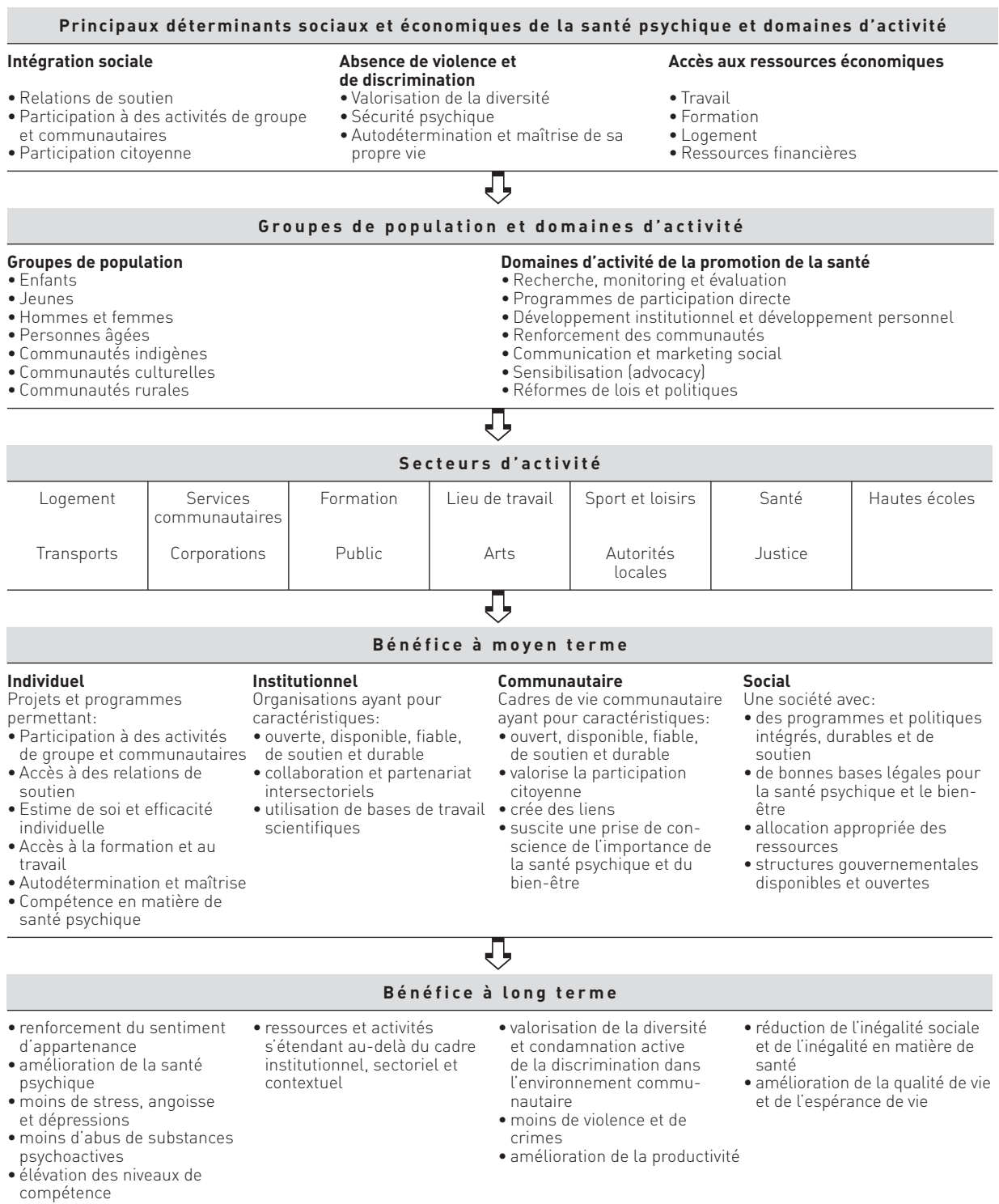
Le moment actuel semble favorable pour la réalisation d'un programme consacré au stress.

Dans notre pays comme ailleurs, la santé psychique en général et le stress en particulier sont depuis quelques années des sujets de préoccupation qui restent parfaitement actuels. Leur intérêt potentiel ne fait aucun doute en Suisse. Le monde politique a pris conscience du fait que le stress et ses conséquences ont de graves répercussions en termes de santé publique, que cela devient de plus en plus un problème aussi bien économique que social et politique. Le consensus qui prévaut actuellement sur la nécessité d'agir offre des conditions idéales pour la mise en œuvre d'une action nationale dans ce domaine.

⁴²⁶ Utilisé p.ex. par Naidoo & Wills (1998).

⁴²⁷ Cette recommandation est partie de l'idée initiale qu'il fallait contrer le défaitisme véhiculé par les milieux politiques et les médias, sous la forme de message positifs destinés à infléchir le climat général dans un sens plus constructif.

ANNEXE I: CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ PSYCHIQUE 05-07 (VICHEALTH)⁴²⁸



⁴²⁸ Victorian Health Promotion Foundation. (2005). A Plan for Action 2005-2007. Promoting Mental Health and Wellbeing. Pelham St Carlton, www.vichealth.vic.gov.au Download 2.6.2005; traduction R.M. Steinmann.

ANNEXE II: INTERVENTIONS ET PROGRAMMES D'INTERVENTIONS MODULAIRES

La présente liste reprend l'ensemble des interventions et programmes d'intervention sur lesquels se fondent les conclusions présentées au chapitre 5.2. Pour les critères de choix et l'état des sources, se reporter au chapitre 5.2.1. La structure de cette liste est calquée sur celle de la vue synoptique de contextes et de groupes spécifiques du chapitre 3.3.1. Les programmes d'interventions et interventions ponctuelles évoqués, regroupés par thème, sont numérotés, afin de permettre une meilleure référencement par contexte et thème d'intervention.⁴²⁹ A la suite de chaque chapitre sont indiquées des sources d'information au sujet d'autres programmes d'intervention dans le contexte en question.

1. COMMUNE/COMMUNAUTÉ (G)

1.1 Interventions au niveau macroéconomique: renforcement des réseaux sociaux (G)

(G1) Exemple de module: *Communities that Care Programme (CTC)* pour la prévention de la violence et des agressions⁴³⁰

Le *CTC* (programme communautés impliquées) est une stratégie éprouvée en pratique, dont le principe est de mobiliser les habitants de la commune ou membres de la communauté afin d'y instaurer un système de prévention de la violence et des agressions. Sur la base de données locales, on identifie les facteurs de risque et de protection, définit un profil-risque de la commune et enfin on prépare des actions. Ces dernières sont des interventions simultanées sur différents plans:

- Communal/communautaire: mobilisation, médias, changements de politiques
- Scolaire: modification des structures d'encadrement ou méthodes d'enseignement
- Familial: stratégies de formation des parents
- Individu: stratégies de renforcement des compétences sociales

Le système *CTC* a jusqu'à ce jour été instauré et évalué avec succès dans plusieurs centaines de communes/communautés aux Etats-Unis et se multiplie actuellement aux Pays-Bas, en Angleterre, en Ecosse, au Pays de Galles et en Australie. Les évaluations dans 40 communes/communautés américaines, avec comparaison avant-après, ont abouti pour les jeunes aux résultats suivants: à la fin de l'intervention, 30% d'entre eux avaient moins de difficultés à l'école, les plaintes relatives à la possession d'armes avaient reculé de 65%, le vol avec effraction de 45%, l'abus de substances psychoactives de 29% et les plaintes pour agressions de 27%.⁴³¹

⁴²⁹ [G2.1], par exemple, désigne le 1^{er} type d'intervention pour le 2^e domaine d'intervention dans le contexte Commune/Communauté.

⁴³⁰ Hosman et al. (2004, 25), Developmental Research and Programs (1997).

⁴³¹ Hawkins et al. (2002).

1.2 Interventions sur le plan microéconomique: les groupes cibles (G)

1.2.1 Personnes âgées

(G2) Bilans de santé gériatriques préventifs associés à des visites à domicile

(G2.1) Exemple de module: Programme de visites à domicile préventives en Californie⁴³²

Dans le cadre d'une étude menée à Santa Monica, des infirmières spécialement formées ont effectué des visites annuelles chez des personnes de plus de 75 ans et leur ont, après un entretien médical préalable, prodigué des conseils destinés à leur permettre de préserver leur autonomie. Après trois ans, le groupe ayant bénéficié de ces visites présentait une amélioration significative de l'autonomie ainsi qu'une diminution du nombre de placements en maison de retraite.

Une méta-analyse de 18 études contrôlées concernant les visites à domicile préventives, a révélé que ce type de programmes doit être mis en œuvre deux à trois fois par année pour produire des effets.

(G2.2) Exemple de module: Procédure de profils de santé préventifs de la Clinique universitaire de gériatrie de Berne (Sanaprofil)⁴³³

La méthode réunit la participation du médecin de famille, qui reçoit à cet effet une formation continue ad hoc, des prestations de Spitex sous forme de visites à domicile préventives (empowerment, conseils et accompagnement) ainsi que des cours de groupe pour personnes âgées. L'efficacité et la rentabilité de la méthode ont été testées avec succès par la clinique Bern-Ziegler. La promotion de la santé et la prévention à partir de 75 ans ont permis de réduire d'un tiers les placements en maison de retraite.

(G3) SIMA: Conditions du maintien et de la préservation de l'autonomie au quatrième âge, de l'Université Erlangen-Nürnberg⁴³⁴

Cette étude, initiée en 1991 avec la participation initiale de 375 seniors entre 75 et 93 ans, dont 64,5% de femmes, autonomes et en très bonne santé, est composée de trois éléments et aboutit aux résultats suivants:

- Programmes d'entraînement fondés sur la théorie et prouvés scientifiquement pour l'exercice des compétences, de la mémoire et de la psychomotricité.
- Les effets à court et long terme des différentes méthodes ont été vérifiés à l'aide d'une étude d'intervention et d'une étude longitudinale, puis comparés à ceux d'un groupe de contrôle n'ayant pas suivi les entraînements. Deux approches combinées ont également été réalisées parallèlement aux trois programmes simples: psychomotricité et compétence, resp. psychomotricité et exercice de la mémoire. *Résultats:* immédiatement après la fin de l'entraînement, il a été démontré pour chacune des cinq méthodes un bénéfice spécifique, tel qu'une amélioration des compétences au quotidien et des performances mnémiques. Cependant, cinq ans plus tard, la méthode d'entraînement spécifique combinant exercices de psychomotricité et de mémoire s'est avérée nettement supérieure à toutes les autres approches:
 - Les effets à long terme les plus importants sont apparus sous la forme d'une performance cognitive nettement améliorée.
 - Statut de santé: améliorations significatives sur les plans cardiaque, artériel, pulmonaire, gastro-intestinal, moteur et métabolique.
 - Les participants ont atteint une autonomie nettement supérieure, mesurée sur la base d'auto-évaluations et appréciations de tiers, ainsi que du recours à des prestations de service et d'assistance.

⁴³² Stuck & Born (2001).

⁴³³ Stuck et al. (2004) et Stuck & Born (2001).

⁴³⁴ Oswald et al. (2001: 12^e édition) doté d'une documentation étendue. Cette même institution a développé et évalué un programme aux buts semblables nommé SIMA-P (Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner – autonomie dans le grand âge pour les résidents d'EMS), pour des interventions de réhabilitation en maison de retraite.

- Pour ce qui est des troubles psychiques, les participants ont non seulement présenté une symptomatique démentielle moins marquée, mais les états dépressifs y étaient également moins aigus que chez les participants du groupe de contrôle.
- L'étude de fond concluant cette expérience a analysé les facteurs de risque pour la perte d'autonomie, le développement d'une démence et la mortalité au sein du même échantillon. Les résultats démontrent que dans les trois domaines, les facteurs de risque ne sont pas uniquement d'ordre biomédical (apoplexie, dépression, forte multimorbidité en général), tels qu'ils étaient présentés dans la littérature scientifique, mais que les facteurs d'ordre psychologique (bien-être restreint, déficiences cognitives), ainsi que le manque d'activité physique et intellectuelle, y jouent un rôle important.

NB. *Pro Senectute* a repris le *SIMA Training* et organisé la formation d'animateurs.⁴³⁵

1.2.2 Migrants et réfugiés

(G4) Interventions *PTSD* auprès de personnes immigrées

Les migrants et les réfugiés font partie des groupes les plus vulnérables. Ils doivent en effet non seulement faire face à un changement extérieur et intérieur fondamental et durable mais sont en général également confrontés à des symptômes plus ou moins sévères de stress post-traumatique (*PTSD post-traumatic stress disorder*, cf. chap. 5.4 T1). Les stratégies de prévention secondaire dans un pays d'immigration se concentrent sur la prévention d'effets secondaires négatifs de conflits politiques ou armés (par ex. les problèmes de regroupement familial) et la présence de soutien émotionnel, social et économique. Mis à part les interventions préventives centrées sur le *PTSD*, qui sont bien documentées,⁴³⁶ il existe encore peu d'études fournissant des preuves de l'effet de ces stratégies. La coopération internationale est indispensable pour leur mise en œuvre efficace et l'obtention de données probantes fiables.⁴³⁷

1.3 Sources pour d'autres programmes d'intervention dans le contexte commune/communauté

- www.fantasy-projects.ch, un programme de prévention couronné de succès et bien évalué, qui accompagnait et soutenait des projets participatifs faits par et pour les jeunes. Certains de ces projets ont permis d'influencer durablement non seulement le comportement individuel mais aussi le plan relationnel.
- Fabian et al. (2004): Mise en place, resp. optimisation d'une structure d'accueil de prévention secondaire pour enfants et adolescents.
- *Extending Quality Life: The Growing Older Programme* de la Sheffield University 1999–2004 est un programme global, multidisciplinaire et évalué en continu, ayant pour but de promouvoir la qualité de vie durant la vieillesse, composé de 24 projets individuels dans les domaines suivants: définition et mesure de la qualité de vie, inégalités en matière de qualité de vie, technologie et environnement construit, vieillir sainement et activement, familles et réseaux de soutien ainsi que participation et activité au quatrième âge. www.shef.ac.uk/uni/projects/gop.
- Li F. et al. (2001): Amélioration du bien-être des seniors grâce au *Tai Chi*.
- Stevens & T. van Tilburg (2000): Programme d'intervention pour la réduction de l'isolement des femmes âgées à travers la stimulation d'amitiés.
- Ainsi que: Bang & Bang (1991), Shapiro & Taylor (2002), Hermann et al. (2004, 40) et Hosman et al. (2004, 34 ss.).

⁴³⁵ www.sh.pro-senectute.ch.

⁴³⁶ Cf. le site Internet du *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder* des Etats-Unis: www.ncptsd.va.gov.

⁴³⁷ Hosman et al. (2004, 34).

2. INSTITUTION SOCIALE (SI)

(SI1) Exemple de module: *Fil rouge*⁴³⁸

Un exemple réussi, en partie aussi évalué par une instance indépendante, est le programme de prévention des toxicomanies *Fil rouge* (1994–2005), mené sur une durée de douze ans par l'Office fédéral de la santé dans des foyers pour jeunes en Suisse romande et alémanique. Sa première phase a permis de mobiliser durablement tant la direction et les collaborateurs des foyers que les jeunes. La deuxième phase a été menée avec 23 institutions, séparément en Suisse alémanique et en Romandie. Les projets portant sur la violence, l'activité physique et la sexualité, pouvant être choisis librement mais obligatoires, ont eu de nombreux effets positifs sur l'état subjectif des résidents et des collaborateurs. Ces résultats ont pu être attribués à des changements structurels dans les foyers. En raison de la diversité des conditions régionales, l'implantation de la promotion de la santé et de la prévention ainsi que le dépistage ont été effectués avec plus ou moins de succès durant la troisième phase. L'évaluation a démontré qu'en plus de la sensibilisation au thème du public, des autorités et des promoteurs du projet, les institutions et associations spécialisés doivent aussi inclure à leur cahier des charges les foyers, en tant que public-cible. Les effets collatéraux du projet étaient surtout liés à la charge de travail supplémentaire qu'il représentait. Outre le soutien financier de la Confédération, essentiel pour bon nombre des établissements, le cadre obligatoire à quatre piliers s'est révélé un facteur de succès important:

- collaboration sur trois ans avec un spécialiste ou institut spécialisé externe
- mise sur pied d'un projet propre au foyer
- intégration de la direction du foyer
- participation de l'équipe à des réunions d'échange d'expériences avec d'autres foyers *Fil rouge* de la région.

Sources d'autres programmes d'intervention dans le contexte de l'institution sociale:

- Cf. [G3].

3. ENTREPRISE (B)

3.1 Niveau systémique (B)

(B1) Cercles de santé

Les cercles de santé sont une variante «européenne» de programmes à large échelle, dans lesquels des aspects tels que la gestion du stress font l'objet d'une thématization récurrente. Leur point de départ est souvent constitué de données relatives à la situation des malades ou de résultats de sondages au sein des entreprises. Les cercles de santé sont des groupes qui, notamment sur la base de ces données, analysent les problèmes actuels et élaborent des propositions pour les éliminer ou les réduire. La participation des personnes immédiatement concernées, souvent des représentants élus des membres du personnel, y occupe une place centrale. Suivant le modèle s'y ajoutent en nombre variable et parfois aussi uniquement dans certaines phases spécifiques des cadres, des médecins de l'entreprise, du personnel spécialement formé à la protection de la santé et de l'activité professionnelle, ainsi que des animateurs externes. La palette des thèmes et mesures possibles inclut aussi bien des changements personnels que structurels. Les thèmes de stress psychosocial nécessitent une approche plus approfondie du dévelop-

⁴³⁸ Office fédéral de la santé publique & Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (2005).

pement de l'organisation. Lors de la première phase, ils cèdent le pas aux thèmes classiques de la protection de la santé tels que la sécurité au travail, la protection contre le bruit et l'habillement.

Exemples de résultats d'**évaluations individuelles** de cercles de santé relatifs au stress, différentes sur le plan qualitatif:

- améliorations statistiquement significatives en termes d'ergonomie, de gestion du temps et de communication
- amélioration des situations de travail pénible physiquement, grâce à des mesures sur le plan de l'ergonomie, et diminution du stress en raison d'une amélioration de l'information.⁴³⁹

Résultats d'**évaluations globales**:

- Les participants ont pour la plupart une opinion favorable du cercle de santé.
- Les cercles entreprennent de leur point de vue des changements moyennement à très positifs sur le plan de la réduction du stress et du développement des ressources.
- Au premier plan se trouvaient le soutien social, les moyens de l'activité professionnelle, les possibilités d'influence sur le lieu de travail (marge de manœuvre), suivis des améliorations des conditions environnementales et des charges liées à l'activité. De plus, les plaintes ont reculé d'environ 20%.⁴⁴⁰
- Dans les entreprises menant des programmes systématiques, les douleurs musculo-squelettiques ont pu être atténuées.
- Diverses études montrent une amélioration du taux d'absentéisme, dont la baisse se situe entre 2 et 10%.⁴⁴¹

(B2) Exemple de module: la stratégie d'empowerment du groupe Sheffield⁴⁴²

La stratégie d'empowerment peut constituer une intervention efficace pour contrer les conséquences négatives de la rationalisation et de la réduction du nombre de places de travail (*downsizing*). Elle a provoqué une augmentation des exigences cognitives de même que du contrôle et de la participation. La santé psychique est de plus restée stable malgré le *downsizing*, alors que l'on aurait pu s'attendre à une détérioration sans l'intervention.

(B3) Prévention du stress: interventions systémiques sur les conditions de travail

Les études d'interventions dans le domaine de l'**ergonomie** ont mis en évidence des améliorations directes manifestes des problèmes musculo-squelettiques ainsi que des congés-maladies et en partie aussi de la satisfaction professionnelle.

Dans les interventions pour des **horaires de travail plus flexibles**, on peut voir un recul significatif des absences pour cause de maladie ainsi qu'une amélioration des symptômes de stress mesurés et de la santé. D'autres effets ont trait à une plus grande satisfaction professionnelle et une sensibilité accrue aux conditions de travail, de même qu'à des améliorations dans la vie sociale et familiale.

Les résultats sont hétérogènes mais aucune des approches ne s'est soldée par une détérioration. L'élément le plus constant est la réduction du taux d'absentéisme.

(B4) Prévention du stress: interventions sociales

Les interventions sociales sont dirigées sur le «point d'intersection entre organisation et individu» et se situent dans le domaine du développement institutionnel et de la formation des cadres. Ce type d'intervention systémique se caractérise lui aussi par un large faisceau d'effets. Les variables directes, telles que l'impact de la fonction sont celles qui présentent le plus de changements. Les interventions de cla-

⁴³⁹ Slesina (2001).

⁴⁴⁰ Sochert (1998, 253ss).

⁴⁴¹ Ducki A. et al. (1998) et Sochert (1998).

⁴⁴² Semmer & Zapf (2004a, 793s.).

rification des rôles et de feedback ont de bonnes chances d'influencer positivement le stress lié à une fonction spécifique et aboutissent à une amélioration de la satisfaction professionnelle. L'intensité de l'intervention et la participation active y jouent également un rôle important.

3.2 Niveau personnel (B)

Les offres les plus répandues en matière de prévention du stress sont les cours de gestion du stress, qui se divisent en deux groupes: d'une part les cours axés sur la réaction au stress et tendant à améliorer l'interprétation des situations de stress et la gestion du stress, d'autre part ceux dont l'objectif est de prévenir ou modifier les facteurs de stress.

(B5) Prévention du stress: cours de gestion du stress

Ce type d'intervention est généralement composé de l'un ou plusieurs des éléments suivants:

- *Information*: La simple diffusion de connaissances – même portant sur le stress – n'a prouvé qu'un succès limité.
- *Réduction de la tension*: Les techniques de relaxation (cf. chap. 5.3.2: T2), la méditation mais aussi l'activité physique ou une alimentation conçue pour contrebalancer les réactions de stress permettent de réduire les tensions.
- *Processus cognitifs/comportementaux*: Ils sont axés sur les processus cognitifs d'évaluation du stress et le développement de stratégies cognitives et comportementales de gestion du stress (cf. B5.1).
- *Entraînement des compétences*: Contrairement au processus cognitif/comportemental, il s'agit ici de renforcer de manière générale les compétences servant de ressources internes lors des situations de stress: exercices de confiance en soi, résolution de conflits ou de problèmes et gestion du temps.

(B5.1) Exemple de module de processus cognitifs/comportementaux: Entraînement Vaccin contre le Stress (*Stress-Impfungs-Training SIT*)

Le *SIT* a été évalué comme efficace. Il comporte trois phases. Dans la phase conceptuelle, l'accent est mis sur l'analyse des facteurs de stress et schémas réactionnels de la personne. La seconde phase vise le développement et l'entraînement de stratégies personnelles de gestion du stress. Dans la troisième phase, une confrontation progressive avec des situations de stress réelles permet le renforcement de ces techniques et leur application dans la réalité; de plus, des stratégies sont élaborées contre les rechutes et pour la gestion des échecs.

(B5.2) Exemple de module de programme de condition physique: *Fit to Win*⁴⁴³

Cet exemple américain montre qu'il est possible d'atteindre un effet important et de maintenir les coûts à un niveau inférieur lorsqu'un programme de gestion du stress est intégré à un programme de promotion de la santé de grande envergure.

(B5.3) Exemple de module de programme combiné: K. Siegrist et Silberhorn⁴⁴⁴

Ce programme combine sur la base théorique du modèle de la crise de gratification des éléments informatifs et cognitifs/comportementaux avec la «détente musculaire progressive». Il est composé de 12 séances aux thèmes tels que «prendre conscience du stress», «facteurs de stress professionnel typiques et manières d'y faire face», «potentiels et limites de la gestion individuelle», «gérer consciemment les réactions de colère», «tentatives de contrôle réalistes» ou «le dialogue avec ses supérieurs – améliorer l'affirmation de soi». Outre ses composantes individuelles, le programme peut aussi amener à présenter aux entreprises des propositions de solutions structurelles.

⁴⁴³ Pruitt (1992).

⁴⁴⁴ Siegrist & Silberhorn (1998).

(B6) Prévention du stress: programmes de prévention et de modification du stress

Ce groupe d'interventions de gestion du stress comprend les programmes dont l'objectif est d'éviter et de modifier les facteurs de stress à travers un réaménagement des conditions de travail.

En fait notamment partie le **programme d'Innovation** cognitif/comportemental de Bunce et West et Bond et Bunce,⁴⁴⁵ qui fournit des connaissances et du savoir-faire permettant de modifier les aspects stressants de l'activité professionnelle, par exemple en changeant les méthodes de travail ou en améliorant la collaboration. Ce programme d'innovation a abouti, à moyen terme, à une baisse de la dépressivité et une augmentation de la capacité d'innovation, en comparaison avec un programme «classique» de gestion du stress.

3.3 Groupes cibles spécifiques (B)

(B7) Programmes d'occupation pour les chômeurs (de longue durée)

(B7.1) Offres de suivi et techniques de recherche d'emploi

Les offres de conseil et d'entraînement aux techniques de recherche d'emploi pour les groupes de personnes sans emploi à faible revenu peuvent se révéler une stratégie efficace pour leur permettre de mieux faire face au chômage et de réduire ses répercussions négatives sur la santé psychique.

(B7.2) Exemple de module: *Programme JOBS*

Le *Programme JOBS* développé depuis 1984 au *Michigan Prevention Research Center* se démarque parmi les nombreux programmes d'occupation.⁴⁴⁶ Ce programme est constitué de semaines d'entraînement effectuées sur une demi-journée en groupes de 15 à 20 personnes au chômage depuis moins de quatre mois et inclut les plans social, économique et politique. Dans deux études randomisées consécutives d'une durée minimale de deux ans, des effets positifs ont pu être démontrés sur le taux de réintégration dans la vie professionnelle, la qualité et le revenu du nouvel emploi, l'efficacité personnelle quant à la recherche et à l'adaptation à la nouvelle fonction ainsi que sur la réduction des dépressions et du stress. Le programme s'est adressé en particulier aux groupes dont la formation représente un handicap sur le marché du travail, les femmes, ainsi que les personnes présentant un risque psychologique particulier.⁴⁴⁷ Etant donné que la qualité et le traitement de la nouvelle place de travail augmentent en règle générale pour les participants, les coûts de l'intervention sont déjà compensés sous forme d'impôts 7 mois après le réengagement. Les coûts de la mise en place de l'intervention dans les bureaux de placement locaux se sont élevés à 300 \$ par personne. Ce programme a été mis en œuvre avec succès non seulement aux Etats-Unis mais également en Chine et en Finlande⁴⁴⁸ et est actuellement appliqué en Irlande.⁴⁴⁹

(B7.3) *Friår*: Un modèle suédois de réintégration des chômeurs de longue durée⁴⁵⁰

Ce modèle étatique, mené par les bureaux de placement, a comme objectif principal de faciliter le retour à la vie active aux chômeurs de longue durée et, en même temps, de donner aux travailleurs constamment surchargés et/ou souhaitant devenir indépendants une chance réelle et peu risquée de réaliser leurs projets. Le programme offre à ces travailleurs, sur une base volontaire, de se retirer de leur emploi pour une durée maximale d'une année (congé sabbatique), contre versement d'une rente minimale, à condition que leur fonction soit durant cette période reprise par une personne qualifiée, sans emploi

⁴⁴⁵ Bunce & West (1996) et Bond & Bunce (2000).

⁴⁴⁶ Caplan et al. (1997).

⁴⁴⁷ Caplan et al. (1989), Vinokur et al. (1995) et Vinokur et al. (2000).

⁴⁴⁸ Vuori J. et al. (2002).

⁴⁴⁹ Michigan Prevention Research Center (2003).

⁴⁵⁰ Cf. www.ams.se, Arbetsförmedlingen (2005) et d'autres sources en suédois. Présentation d'après un résumé de J. Hauser Lüthi, Liestal, par e-mail du 11.7.2005 et dans «Arena» au sujet de l'assurance-invalidité, SFDRS Mai 2005.

depuis longtemps. Ainsi le programme s'avère neutre quant aux coûts. Cette offre n'existe que depuis janvier 2005 et est limitée par le gouvernement à 12 000 places par année.

Les avantages pour les nouveaux employés et ceux qui partent en congé sont évidents. On pourra cependant supposer qu'en évaluant ce modèle de manière adéquate on peut apporter les preuves qu'il présente aussi des avantages économiques pour l'employeur concerné, les caisses maladies et les institutions sociales. Il existe déjà un concept rudimentaire d'adaptation du modèle suédois à la Suisse.⁴⁵¹

(B8) Réintégration de collaborateurs (psychiquement) malades

La Migros Aare ou VW Wolfsburg, notamment, sont des entreprises faisant figure d'exemples dans ce domaine. Il ne semble pas exister de revues ou méta-analyses portant sur l'intégration de collaborateurs malades.

3.4 Interventions couvrant plusieurs contextes ou groupes cibles (B)

(B9) Compatibilité entre travail et famille, resp. travail et loisirs

(B9.1a+b) Exemples de modèles: *Fairplay-at-home* et *Fairplay-at-work*

Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes a mené deux campagnes multimédiales interdépendantes et prometteuses et les a évaluées lui-même à plusieurs reprises (B9.1a+b).⁴⁵² Avec l'appui d'une étude sur la répartition du travail entre les sexes,⁴⁵³ des centres d'information distribuant de la documentation et de la presse écrite, *Fairplay at home* (2002) est parvenu à susciter le débat auprès du grand public et de nombreux futurs parents. *Fairplay at work* (2003) s'est attaché à l'égalité des chances des hommes et des femmes dans la vie professionnelle et à faire comprendre qu'une meilleure compatibilité entre travail et famille entraînerait une amélioration de la qualité de vie. A travers divers canaux de communication, les responsables du personnel ont pu être sensibilisés à la nécessité d'une politique du personnel plus favorable aux familles et les pères ont été soutenus dans leurs démarches allant dans ce sens. La réflexion sur le contenu de ces campagnes a été poursuivie par les médias, surtout en Suisse alémanique, et ils ont été repris tant par la politique nationale que par l'économie.

L'évaluation a entre autres permis de montrer que les hommes, malgré une conscience théorique de son importance, craignaient encore d'aborder ce thème et continuaient en règle générale à se définir par leur activité professionnelle. Ce groupe cible avait donc besoin d'un discours plus émotionnel.

3.5 Sources d'autres programmes d'intervention dans le contexte de l'entreprise

- Kernen H. avec la collaboration de G. Meier (2005): gestion des ressources au niveau personnel et en entreprise, y compris une étude comparative de trois cultures d'entreprise.
- Grebner et al. (2005): étude du stress et de sa gestion chez des jeunes en premier emploi.
- De Greef M. & K. Van den Broek (2004) avec 27 études de cas provenant de pays européens, y inclus dans les contextes école et hôpital.
- Heaney et al. (1995): *The Care Giver Support Programme*, évalué avec succès dans le cadre d'une étude RCT quant au comportement, au bien-être et à la satisfaction professionnelle.
- Chilvers (2003): campagne vidéo contre le stress en entreprise évaluée avec succès.
- Et encore: Murphy L. R. et al. (1995), Gesundheit Berlin e. V. (2004); OMS (2000b).

⁴⁵¹ Job-Time-Sharing®. Arbeits-/Auszeit-Modell zur Prophylaxe von psychisch bedingter Langzeiterkrankung und Langzeitarbeitslosigkeit. Information de J. Hauser Lüthi (cf. note précédente).

⁴⁵² Cf. Hofer (2005), Böckmann (o.J.), Derungs (o.J.) et Derungs (o.J.a) de même que www.fairplay-at-work.ch resp. www.fairplay-at-home.ch.

⁴⁵³ Bauer & Strub (2002).

4. ECOLE (S)

Sont traitées dans ce chapitre en particulier des interventions menées dans le contexte de l'école, quand bien même leurs objectifs concernent principalement d'autres contextes, tels que la famille ou les loisirs. Quelques interventions intégratives visent une école dans son ensemble, d'autres seulement une partie, par exemple une année ou une classe, ou se concentrent sur un groupe d'élèves identifié comme à risque.

4.1 Niveau systémique (S)

(S1) Interventions sociales-écologiques

Cf. Hosman et al. (2004, 30s.).

(S2) Programmes-cadres institutionnels d'interventions systémiques

(S2.1) *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning CASEL*

CASEL est un groupe de travail de l'université de l'Illinois, qui soutient entre autres la science de l'apprentissage social et émotionnel (*social and emotional learning SEL*) et conçoit des standards, lignes directrices, programmes et documents d'application du *SEL* pour les communes/communautés, les écoles et les familles, qu'elle diffuse aussi à l'échelle internationale.⁴⁵⁴ Les compétences promues dans le concept *SEL* englobent 5 groupes de compétences:

Self-awareness – conscience de soi

- Identifier ses émotions: identifier et définir ses sentiments
- Reconnaître ses forces: identifier et cultiver ses forces et qualités positives

Social awareness – conscience sociale

- Prise de perspective: identifier et comprendre les pensées et sentiments des autres
- Apprécier la diversité: comprendre que les différences individuelles et collectives sont complémentaires et rendent le monde plus intéressant

Self-management – auto-contrôle

- Gérer les émotions: contrôler et réguler les sentiments afin qu'ils puissent constituer une aide plutôt qu'un obstacle pour gérer les situations
- Définir des buts: établir des objectifs pro-sociaux et travailler en vue de les atteindre à court ou long terme

Responsible decision making – prise de décision responsable

- Analyser les situations: percevoir de manière juste les situations dans lesquelles une décision doit être prise et évaluer les facteurs pouvant influencer la réaction
- Assumer sa responsabilité personnelle: reconnaître et comprendre son obligation de s'investir dans des comportements éthiques, sûrs et légaux
- Respecter les autres: croire que les autres méritent d'être traités avec gentillesse et compassion et se sentir motivé à contribuer au bien commun
- Résolution de problèmes: engendrer, mettre en œuvre, et évaluer des solutions réfléchies et positives aux problèmes

⁴⁵⁴ Cf. notamment The Collaborative for Academic Social and Emotional Learning (2005). *Safe and Sound. An Educational Leader's Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs*, Illinois, et *ibid.* (2005a). *The First Ten Years – 1994–2004. Building a Foundation for the Future*. Chicago.

Relationship skills – compétences relationnelles

- Communication: utiliser ses compétences verbales et non-verbales pour s'exprimer et promouvoir des échanges positifs, réels et efficaces avec les autres
- Construire des relations: établir et maintenir des liens sains et gratifiants avec des individus et des groupes
- Négociation: parvenir à des résolutions de conflits favorables à toutes les parties en tenant compte des besoins de toutes les personnes concernées
- Refus: communiquer efficacement et maintenir sa décision de ne pas adopter un comportement dangereux, contraire à l'éthique ou illégal

Le site Internet⁴⁵⁵ présente 200 programmes scolaires de promotion du *SEL* basés sur la *Best practice*. CASEL publie une liste détaillée des nombreuses études de l'efficacité des programmes *SEL*,⁴⁵⁶ s'étendant de la *preschool* (école maternelle) à la *high school* (lycée).

Exemples de programmes SEL évalués

- *Klasse 2000*
Bölcskei, P. L., Hörmann, A., Holleederer, A., Jordan, S. & Fenzel, H. (1997): Prévention des dépendances à l'école – aspects spécifiques de l'abus de nicotine. Résultats d'une intervention de quatre ans selon le programme de prévention des dépendances et de promotion de la santé 2000. Dans: *Prävention und Rehabilitation*, 9, pp 82–88.
- *ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten*
Walden, K., Kutza, R., Kröger, C. & Kirmes, J. (1998): ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (compétences de vie et savoir-faire généraux). Programme pour les écoliers de 5^e année incluant des informations au sujet de la nicotine et de l'abus d'alcool: Schneider Verlag.
- *Fit und stark fürs Leben*: cf. ci-dessous S5.1
- Pour d'autres programmes *SEL* cf. Leppin, A., Hurrelmann, K. & Petermann, H. (Hrsg.) (1999): *Jugendliche und Alltagsdrogen*. Neuwied: Luchterhand.

(S3) Programmes en réseau pour les interventions systémiques

(S3.1) Réseau de santé des écoles de Berne-ville

Le réseau a été créé en 1992 et s'est constamment développé. Le programme, relativement bien étudié et documenté, peut être considéré comme prometteur. La santé de la majorité des enseignants et des élèves y est estimée bonne, malgré des influences sociales de plus en plus négatives. L'état psychosocial mesuré sur la base du stress, des attitudes, du bien-être émotionnel et des compétences de vie s'est dans l'ensemble amélioré en 2002 par rapport à 1998. D'autres résultats concernent la stratégie future: intégrer la promotion de la santé dans le développement général de l'école et les critères de qualité et accorder aux élèves un droit de participation plus étendu.⁴⁵⁷

4.2 Niveau personnel (S)

4.2.1 Elèves

La plupart des interventions axées sur le comportement concernent des programmes visant à consolider les compétences scolaires ainsi que ceux voulant réduire certains facteurs de risque tels que l'abus de substances psychoactives. «Améliorer la santé psychique» et «Gestion du stress» ne figurent au premier plan que dans des programmes scientifiques, non-thérapeutiques, et ce bien qu'il soit prouvé «qu'un bon travail sur le stress pendant l'enfance et l'adolescence peut devenir un facteur de protection essentiel

⁴⁵⁵ www.casel.org/index.

⁴⁵⁶ Cf. par ex. la revue de Elias M.J. et al. (2003).

⁴⁵⁷ Vuille et al. (2004, 250, 255).

contre les troubles psychiques». ⁴⁵⁸ Dans ce domaine et aux cours des deux dernières décennies, deux approches psychosociales de promotion de la santé à l'école se sont avérées particulièrement significatives et efficaces: ⁴⁵⁹ entraînement des compétences de vie et de la stabilité. Les diverses combinaisons d'éléments de ces deux approches ont conduit à de nombreux programmes hybrides.

(S4) *General life skills training, resp. entraînement des compétences de vie générales* ⁴⁶⁰

Cette approche englobe toutes les mesures de renforcement des compétences de vie générales. Pour ce qui est de l'école, elles concernent tous les programmes d'intervention au sujet de l'«**apprentissage social et émotionnel (SEL)**». ⁴⁶¹

(S4.1) Exemple de module: *I Can Problem Solve Programme*

Ce programme (Je peux – programme de résolution de problèmes) destiné aux écoles primaires et secondaires améliore les compétences de résolution des problèmes et diminue de manière significative les inhibitions et l'impulsivité. ⁴⁶²

(S4.2) Exemple de module: *The Good Behavior Game GBG*

GBG (Le Jeu de la Bonne Conduite) est un programme universel qui renforce en permanence le comportement positif et le respect des règles en classe. Des études longitudinales selon le standard RCT aux Etats-Unis et aux Pays-Bas ont mis en évidence un recul important de l'agressivité chez les jeunes présentant initialement un comportement modérément à très agressif. ⁴⁶³

(S4.3) Exemple de module: *Improving Social Awareness – Social Problem-Solving Programme ISA-SPS*

Ce programme (Améliorer la conscience sociale – résolution sociale des problèmes) a entraîné une amélioration durable de la résistance aux stressseurs liés au passage à l'école secondaire ainsi qu'une diminution significative des problèmes de comportement. ⁴⁶⁴

(S4.4) *The Promoting Alternative Thinking Strategies Programme PATHS* ⁴⁶⁵

Le point central de ce programme d'intervention précoce pour «promouvoir les stratégies de pensée alternatives» est à l'origine la promotion des compétences émotionnelles des enfants malentendants (développement de la régulation des sentiments: amélioration de la perception, de la compréhension et de la gestion de ses propres sentiments ainsi que de ceux des autres). ⁴⁶⁶ Vu son succès *PATHS* a été étendu aux autres élèves et est aujourd'hui mis en œuvre avec succès dans plus d'une centaine de secteurs scolaires américains, ainsi qu'en Australie, aux Pays-Bas et en Angleterre; actuellement aussi au ZIPPS (programme zurichois d'intervention et de prévention dans les écoles). Dans plusieurs études longitudinales suivant le standard RCT, des améliorations concernant l'intelligence émotionnelle, la compétence à résoudre les problèmes et une atténuation des processus d'intériorisation et d'extériorisation ont pu être démontrées. ⁴⁶⁷

⁴⁵⁸ Hampel & Petermann (2001).

⁴⁵⁹ Jerusalem & Weber (2003, 464s.).

⁴⁶⁰ Pour la définition se reporter à Lattmann & Rüedi (2003, 277s.).

⁴⁶¹ Cf. www.casel.org.

⁴⁶² Shure (1997).

⁴⁶³ Kellam S.G. et al. (1994).

⁴⁶⁴ Bruene-Butler L. et al. (1997).

⁴⁶⁵ Greenberg & Kusché (1998); cf. aussi Greenberg et al. (2001). Greenberg est membre de la direction de CASEL.

⁴⁶⁶ Goleman (1996) suggère *PATHS* comme modèle pour l'éducation émotionnelle.

⁴⁶⁷ Greenberg M.T. et al. (1995).

(S4.5) Exemple de module: *Fit und stark fürs Leben – épanouissement de la personnalité en vue de prévenir agressions, stress et dépendances*⁴⁶⁸

Ce programme (En forme et fort pour toute la vie) n'a pas uniquement des objectifs préventifs mais renforce aussi les compétences psychosociales. Il est constitué de manuels pour les classes de première et deuxième, troisième et quatrième, ainsi que cinquième et sixième années. Sa base conceptuelle est un curriculum en spirale, au cours duquel les six domaines de compétences suivants sont travaillés à chaque niveau de manière adaptée au niveau développement des enfants:

- perception de soi et capital d'empathie
- communication
- conscience du corps / connaissances sur la santé
- *stabilité* / résolution des problèmes / pensée critique
- *gestion des émotions négatives et du stress*
- résolution des problèmes

Ce programme reprend un projet du Bundesland Schleswig-Holstein et de l'UE. Il a depuis été introduit dans plusieurs pays et a, dans certains cas, fait l'objet d'une évaluation. Il a également été piloté dans les écoles suisses dans le cadre du projet «*Stress- und Selbstmanagement in der Schule (STREMA)*» (Stress et self management en milieu scolaire), où il a été évalué positivement.⁴⁶⁹ Les élèves présentaient un accroissement net des compétences psychosociales, resp. moins d'agressions et de délinquance, moins d'angoisse et de troubles obsessionnels, ainsi qu'une attention plus soutenue. Les élèves les plus jeunes ont rapporté une plus haute satisfaction dans leur classe et disposaient d'un capital d'empathie plus élevé que leurs camarades. Chez les élèves plus âgés, on a pu observer une baisse significative de l'intention de fumer plus tard. L'écho des enseignants était lui aussi largement positif quant à l'application et aux effets bénéfiques du programme.

(S5) Programmes mixtes pour les écoliers

(S5.1) Exemple de module: *Personal Growth Class PGC: Integrated group work and skills training*⁴⁷⁰

Ce programme (Classe de croissance personnelle: travail de groupe intégré et entraînement des compétences) est destiné aux jeunes en baisse de performances et rupture sociale, présentant un risque de consommer des substances psychoactives. Il ne vise cependant pas seulement une réduction de ce danger mais aussi l'amélioration du bien-être émotionnel et des performances scolaires. Les deux composantes principales de cette intervention menée par le corps enseignant sont le soutien social de la classe et le développement des compétences de vie. Le programme, appliqué aux Etats-Unis depuis 1989, est constamment évalué et amélioré. Il est également employé en Chine, en Espagne et en Russie.

Les effets significatifs de ce programme sont perceptibles au niveau des mesures de l'état psychique (réduction de la dépression, du stress et de la colère, accroissement de l'estime de soi) et de la consommation de drogues dures. Il ne semble cependant pas avoir d'impact en ce qui concerne la consommation de drogues douces, d'alcool et de tabac ni les performances scolaires.

(S6) Autre type de programmes pour les écoliers: programmes d'auto-défense

L'objectif principal de ces programmes est de fournir aux enfants les connaissances et les capacités leur permettant d'éviter d'endosser un rôle de victime (*victimisation*). Une meta-analyse d'interventions dans les écoles primaires aux Etats-Unis montre que les enfants qui y participent obtiennent de meilleurs résultats quant aux connaissances et capacités que ceux qui n'y ont pas participé.⁴⁷¹

⁴⁶⁸ Lattmann & Rüedi (2003, 279-287, 303-319) et Asshauer et al. (1999-2002).

⁴⁶⁹ Lattmann & Rüedi (2003, 303s.) et Schmid & Lattmann (2003).

⁴⁷⁰ Thompson et al. (1997).

⁴⁷¹ Rispens et al. (1997).

4.2.2 Enseignants

(S7) Interventions de gestion du stress, resp. de la surcharge psychique

Il existe des mesures efficaces contre la surcharge psychique et les phénomènes de burn-out chez les enseignants. L'étude de corrélation menée dans les cantons de Lucerne et de Fribourg (déjà évoquée au chap. 3.3.4) indique que les enseignants disposant de bonnes stratégies de gestion du stress et d'une bonne aptitude à surmonter les épreuves ont beaucoup moins de troubles psychiques, moins de difficultés subjectives et une santé psychique largement supérieure, une meilleure image d'eux-mêmes, davantage de satisfaction au travail et dans la vie en général.⁴⁷²

(S7.1) Exemple de module: programme d'entraînement de la gestion du stress pour les enseignants⁴⁷³

Ce programme de formation continue, basé sur l'étude corrélatrice présentée plus haut, est théoriquement fondé⁴⁷⁴ et construit de manière modulaire. Il a été instauré sous forme d'un cours d'une semaine, d'un cours de conseil aux jeunes enseignants en première année de pratique et dans le cadre d'un cours de deux ans donné à l'ensemble de la conférence des maîtres, pour 150 enseignants des cantons de Fribourg et Lucerne, puis évalué quant à son efficacité. L'aptitude à gérer le stress et les épreuves a largement progressé avec les trois formes d'intervention, les manifestations de burn-out ont très nettement diminué, et la satisfaction professionnelle et privée a augmenté de manière significative. Des effets positifs à long terme sont probables: lors d'un suivi effectué une année après la fin de l'entraînement, il a pu être constaté que près de la moitié des 40 variables mesurées ont donné d'encore meilleurs résultats.

4.3 Programmes couvrant plusieurs contextes et groupes cibles (S)

(S8) Exemple de module: *Eltern & Schule stärken Kinder ESSKI* (période 2005/2006)

Ce projet (les parents et l'école renforcent les enfants) résulte du constat que les enfants et les adolescents sont le mieux aidés dans leurs ressources personnelles et sociales, lorsqu'ils sont soutenus *conjointement* par les enseignants et les parents. *ESSKI* est donc un programme de formation continu combiné, sous la forme d'un entraînement de développement personnel pour les écoliers, d'une formation à l'éducation pour les parents et d'un programme de gestion du stress pour les enseignants. L'étude inter-cantonale randomisée concerne les enseignants des classes primaires de première à cinquième, resp. première à sixième années, de six cantons suisses, leurs élèves de même que les parents. L'intervention de type salutogénétique se fonde sur des programmes scientifiques à succès tels que «*Stress abbauen – Ressourcen fördern*» (cf. ci-dessus S7.1) pour les enseignants, *Triple P* pour les parents (cf. ci-dessus F2.2) et «*Fit und stark fürs Leben*» pour les enfants (cf. ci-dessus S4.5). Elle permet donc d'obtenir aisément des preuves solides pour cette première combinaison de programmes dans une approche inter-contextuelle. On s'attend à une amélioration de la qualité de vie dans les deux contextes ainsi qu'à un bien-être accru pour tous les participants.

(S9) Exemple de module: *Stress- und Selbstmanagement in der Schule STREMA* (durée 1999–2004)⁴⁷⁵

Strema (stress et auto-contrôle à l'école) est basé sur une approche salutogénétique et sur le projet «bien-être à l'école», conçu en 1993. Il a pour cela été développé dans le cadre du programme «Ecoles et

⁴⁷² Kramis-Aebischer (1995, 408).

⁴⁷³ Kramis-Aebischer (1995).

⁴⁷⁴ Basé sur un système de régulation du stress inspiré de Reicherts (1988).

⁴⁷⁵ Lattmann & Rüedi (2003).

Santé» de l'Office fédéral de la santé.⁴⁷⁶ Le programme, qui concerne deux groupes cibles, a pour but de développer les compétences et ressources sociales des élèves et des enseignants mais contient aussi des objectifs d'ordre systémique. Ses éléments constitutifs sont:

- informations de base sur la promotion de la santé à l'école et les phénomènes de stress,
- travail sur la gestion personnelle du stress et des ressources à l'aide d'un portfolio,
- régulation de la tension corporelle-psychique: exercice d'au moins une technique de relaxation [cf. ci-dessous T2] et échange d'expériences,
- mieux se comprendre soi-même et mieux comprendre les autres,
- dialogue intérieur comme ressource,
- aménager le quotidien scolaire dans le cadre du champ de forces individu-système,
- investissement personnel et distance dans le métier d'enseignant.

Résumé succinct des résultats: Au cours d'une étude pilote portant sur environ 270 élèves⁴⁷⁷ des premiers indices clairs de l'efficacité du programme quant au renforcement des compétences psychosociales ont pu être mis à jour:

- Les écoliers étaient nettement moins agressifs, faisaient preuve d'une attention plus soutenue en classe, apprenaient plus facilement et ont commis moins de délits après leur participation au programme.
- Ils ont de plus montré moins de signes de repli social, moins d'angoisse et de troubles obsessionnels.
- Les élèves les plus jeunes ont rapporté une plus grande satisfaction en classe et disposaient d'un meilleur capital d'empathie que leurs camarades.
- Chez les élèves plus âgés, de cinquième à septième année, l'intention de fumer dans l'avenir a nettement baissé. Ils sont dans l'ensemble peu nombreux à fumer, ce nombre ne subissant cependant pas de modification significative.

L'évaluation des cours a également donné des résultats positifs quant à l'amélioration des compétences de gestion du stress du personnel enseignant et en particulier aussi quant à l'importance du procédé de relaxation (training autogène⁴⁷⁸) dans le programme de gestion du stress.

4.4 Sources d'autres programmes d'interventions dans le contexte de l'école

- www.gesunde-schulen.ch: Le «Réseau Suisse des Ecoles en Santé» soutient des projets de développement de l'école, surtout au niveau systémique.
- www.feelok.ch: La partie stress «Frustration et Colère» du programme de prévention pour les adolescents a été évalué dans le cadre d'une évaluation formative.
- www.mindmatters-schule.de: Un programme d'origine australienne de promotion globale de la santé psychique à et avec l'école: enseigner et apprendre, culture et environnement scolaires, ainsi que des partenariats et réseaux avec l'environnement scolaire; repris à plusieurs reprises dans d'autres pays.
- Kähnert & Hurrelmann (2003): Un programme de prévention pour promouvoir les compétences de vie générales des adolescents, très bien accepté par les enseignants et les élèves et ayant eu de multiples effets positifs sur le comportement de ceux-ci et l'atmosphère des classes.
- www.dswd-zwaeg.ch: *Du seisch wo düre*, une offre pédagogique éprouvée et évaluée à plusieurs reprises avec de bons résultats pour renforcer les compétences de vie, prévenir la toxicodépendance et promouvoir la santé des élèves du secondaire supérieur.⁴⁷⁹
- www.dswd-zwaeg.ch: *zWäg!* (en pleine forme!) un programme de promotion de la santé pour soutenir les jeunes dans leur préparation à l'apprentissage d'un métier ou durant le premier tiers de la formation professionnelle.⁴⁸⁰

⁴⁷⁶ Cf. www.bildungundgesundheit.ch.

⁴⁷⁷ Lattmann & Rüedi (2003).

⁴⁷⁸ Cf. Krampen (2003).

⁴⁷⁹ Cf. par ex. Bucher & H. Bolliger-Salzmann avec la collaboration de N. Bischof (2004).

⁴⁸⁰ Bisegger et al. (2003).

5. FAMILLE (F)

Le terme famille désigne ici toutes les formes de vie familiale dans lesquelles au moins un parent et un enfant naturel ou adopté vivent sous le même toit, femmes enceintes comprises. Les interventions auprès de couples sans enfants et ne souhaitant pas en avoir ne sont pas prises en considération.

5.1 Relation parent-enfant, resp. mère-enfant (F)

(F1) Interventions à domicile avant la naissance et durant la petite enfance

(F1.1) Exemple de module: *Prenatal and infancy home visiting by nurses*⁴⁸¹

Durant deux ans, des infirmières qualifiées ont rendu visite à des jeunes femmes en situation précaire, enceintes pour la première fois. Des études longitudinales selon le standard RCT aboutissent à des résultats impressionnants à court, moyen et long terme, en comparaison avec le groupe de contrôle n'ayant pas bénéficié de ces visites: prise de poids de 400 g chez les prématurés en sous-poids, réduction de 75% du nombre de naissances prématurées et recul significatif de la maltraitance et de la négligence envers les enfants; après quatre ans, la diminution des punitions infligées par la mère et la hausse de leur taux d'activité se montent à 82%; de plus, à l'âge de 15 ans leurs enfants avaient 56% moins de problèmes d'alcool et de drogues, provoquaient 56% moins d'emprisonnements et faisaient état d'une diminution de 63% du nombre de partenaires sexuels. Les familles concernées se portent mieux financièrement, les coûts économisés pour les autorités compensent largement ceux du programme.

Les infirmières ont obtenu de meilleurs résultats que les auxiliaires de santé (*paraprofessionals*) et se sont avérées les plus efficaces auprès des mères présentant des symptômes psychiatriques ou de stress marqués. Cette intervention a été récemment reprise par quelques pays européens

(F2) Programmes de formation des parents (*Parent management training programmes*)

(F2.1) Interventions auprès de parents d'enfants en bas âge

Les programmes au niveau communal/communautaire pour les familles vulnérables avec de jeunes enfants ont montré un effet préventif significatif. En font notamment partie les programmes de formation pour les parents, destinés à transmettre des valeurs sociales et émotionnelles et à provoquer des changements de comportement au moyen de programmes vidéos pour les parents, les enfants et en partie aussi pour les enseignants⁴⁸²

(F2.2) Exemple de module: *Triple P Positive Parenting Programme*⁴⁸³

Triple P est un programme relativement récent de l'université de Queensland (Australie) qui a depuis été testé avec succès dans plusieurs pays, y compris en Suisse.⁴⁸⁴ Son principe est de soutenir en plusieurs étapes les familles et l'éducation. Ce programme consiste en quatre séances vidéos assorties d'un suivi téléphonique personnalisé par du personnel spécialement formé. *Triple P* a pour but d'aider les parents à prévenir des problèmes sur le plan émotionnel, comportemental et du développement, de favoriser le développement, la santé et les compétences sociales de leurs enfants, de remplacer les méthodes d'éducation néfastes et d'élargir leurs propres compétences en matière d'éducation.

⁴⁸¹ Olds (1998), Olds (1997), Olds (2002) et Olds et al. (1998a): Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8), 1238-1244.

⁴⁸² Brown & Sturgeon (2005).

⁴⁸³ Sanders et al. (2002).

⁴⁸⁴ Cina et al. (2004).

Lors d'une étude longitudinale contrôlée, les parents ont fait état d'une diminution significative des comportements violents (*disruptive behaviour*) ainsi qu'une assurance et une confiance accrues quant à leurs compétences éducatives.⁴⁸⁵

(F3) Interventions auprès des enfants et adolescents de parents souffrant de maladies psychiques ou toxicodépendants

(F3.1) Exemple de module: *The Effective Family*⁴⁸⁶

Cette intervention fait partie du projet européen de promotion de la santé psychique durant les premières années de la vie et est menée en Finlande depuis 2001. L'intervention aide les familles à aller de l'avant malgré les troubles psychiques ou la lourde maladie psychosomatique de l'un des parents. Il soutient aussi bien les parents que le bon développement des enfants et leur capacité à faire face à la situation. Ce programme prometteur se fonde sur une approche systémique et intègre les services sociaux et de santé.

(F3.2) Exemple de module: *Adolescent Coping with depression course*⁴⁸⁷

Les méta-analyses de cette intervention, qui a aussi fait l'objet d'une évaluation positive en Allemagne, confirment l'efficacité du programme.⁴⁸⁸

(F4) Programme pour affronter les ruptures familiales en cas de divorce ou de mort

Les interventions dans ce domaine se distinguent selon qu'ils sont axés sur les enfants ou sur leurs parents.⁴⁸⁹

(F4.1) Programmes axés sur les enfants

Les programmes pour les enfants fournissent des capacités de résistance spécifiques, basées sur des méthodes cognitives-comportementales (contrôle de la colère, résolution de problèmes, communication) et favorisent l'identification et l'expression des sentiments. Cette forme d'intervention apporte de plus un soutien social et atténue la stigmatisation. Des études de contrôle ont démontré que les enfants ayant participé au programme présentaient moins de symptômes dépressifs et de problèmes comportementaux.

De nombreuses interventions ont été développées pour les enfants ayant perdu l'un ou leurs deux parents. Seul un petit nombre d'entre elles a cependant été testé dans des études bien contrôlées.

(F4.2) Programmes axés sur les parents

Les programmes axés sur les parents, centrés sur les compétences éducatives et la gestion des émotions, améliorent la qualité et la structure des relations mère-enfant et diminuent les problèmes d'internalisation et d'externalisation des enfants. Une étude longitudinale RCT sur six ans a mis en évidence des effets à long terme, y compris une baisse significative des troubles psychiques suite à un programme destiné aux mères divorcées et à leurs enfants.

⁴⁸⁵ Sanders et al. (2000).

⁴⁸⁶ Cf. www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html Download 8.6.2005, et WHO (2005c).

⁴⁸⁷ Clarke G.N. et al. (2001).

⁴⁸⁸ Cf. la critique de Perrig-Chiello et al. (2004a).

⁴⁸⁹ Sandler et al. (2005).

5.2 Enfants (F)

(F5) Interventions auprès des enfants avant de lourds traitements médicaux ou dentaires

Une méta-analyse de 26 programmes de transition pour l'atténuation des peurs liées à des interventions médicales imminentes met à jour des effets modérés quant à l'apaisement et à la coopération.⁴⁹⁰

5.3 Programmes couvrant plusieurs contextes et groupes cibles (F)

(F6) Exemple de module: *Linking the Interests of Families and Teachers LIFT*

Ce programme (unir les intérêts des familles et des enseignants) a entre autres abouti à une diminution de l'agressivité, en particulier chez les élèves dont la santé est menacée.⁴⁹¹

(F7) Exemple de module: *Seattle Social Development Project*

Ce programme d'intervention a conduit à des liens nettement plus étroits avec l'école, une amélioration des performances et moins d'inconduite en milieu scolaire.⁴⁹²

5.4 Sources d'autres programmes d'intervention dans le contexte de la famille

- Grob et al. (2004) avec trois recommandations pour des interventions de prévention durant la grossesse et la petite enfance: évaluation des concepts existants de dépistage des familles surchargées et coordination de la prise en charge et du soutien, incitation à adopter un comportement respectueux de la santé au moyen d'une brève intervention en cas de consommation de substances nocives et renforcement des compétences relationnelles.
- Davis & Gidycz (2000): Une méta-analyse de programmes de prévention contre la maltraitance des enfants.
- www.kinderundgewalt.ch: La fondation Enfants & Violence s'occupe principalement d'interventions de prévention multimédiales contre le «syndrome du bébé secoué».
- Webster-Stratton & Reid (2003): Interventions bénéfiques pour améliorer les relations parents-enfants.
- Schweinhart & Weikart (1997): Interventions en âge préscolaire avec des succès durables au sein des groupes de population défavorisés dans le domaine du développement cognitif et en raison de comportements délictueux.
- Grob & Vogelwiesche (2005): Commentaires de programmes préventifs ayant obtenu de bons résultats dans la promotion du développement des jeunes enfants et adolescents, y compris le programme promoteur *pc4youth*.
- Caplan M. et al. (1992): Programme d'intervention bénéfique pour renforcer les compétences sociales des jeunes citoyens.
- Bodenmann (2001, 184 s.): Programme de gestion du stress pour les couples.
- Mayer (2000–2002): Un programme d'apprentissage pour les hommes qui ont recours à la violence.
- Wyss (2005a): Evaluation des premiers projets d'interventions concernant l'application de l'expulsion policière.
- Egger (2004, chap. 4.2.6): Projets d'intervention contre la violence domestique (foyers d'accueil pour les femmes).
- Perrig-Chiello et al. (1998): Cette étude démontre les effets positifs de l'entraînement de la résistance et de la mémoire chez les bénévoles d'âge avancé.

⁴⁹⁰ Durlak & Wells (1997, 130).

⁴⁹¹ Reid (1999).

⁴⁹² Hawkins et al. (1991).

6. INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES À UN THÈME (T)

6.1 *Post-Traumatic Stress Disorder PTSD* (T)

(T1) Interventions de prévention du stress post-traumatique⁴⁹³

Le *PTSD* est un trouble psychiatrique, souvent de longue durée, qui restreint la qualité de vie des personnes concernées de manière durable et à plusieurs niveaux.⁴⁹⁴

La population touchée par la guerre et les conflits armés, les migrants et les réfugiés (cf. ci-dessus G7), ainsi que les soldats et les membres d'organisations d'entraide actives dans les régions en guerre, ne sont pas les seuls à être exposés au *PTSD*. Les symptômes de stress post-traumatique peuvent également survenir dans des pays en paix, suite à la participation personnelle ou l'exposition à des accidents de la route, des catastrophes naturelles, la violence physique ou psychique, des menaces physiques, des agressions et vols, ainsi que des actes terroristes.

Le but des interventions auprès des groupes cibles pour lesquelles elles sont conçues est d'éviter des dommages sur la santé, tels que le stress post-traumatique, la dépression, l'abus de substances psychoactives ou l'isolement social et l'accroissement du bien-être de la personne et du groupe concernés. Parallèlement à la couverture des besoins matériels et financiers, ils se voient prescrire un traitement initial, en règle générale clinique, et parfois un suivi psychologique. En matière de prévention et de maîtrise des symptômes de *PSTD*, qui disparaissent rarement complètement, des approches complémentaires axées sur les ressources ont fait leurs preuves: techniques de relaxation, explications théoriques, participation à des groupes d'entraide, activités de loisirs positives, physiques et créatives, activation et développement du réseau social, engagement dans le bénévolat, par exemple.⁴⁹⁵ Selon la gravité du traumatisme et le niveau des ressources individuelles, il faut avoir recours à la prévention primaire ou secondaire.

6.2 Techniques de relaxation (T)

(T2) Techniques de relaxation psychophysiologique

Les interventions de relaxation de ce type sont très répandues et leurs effets surtout étudiés et démontrés dans le contexte de l'entreprise (cf. ci-dessus chap. 5.2.4.4).⁴⁹⁶

- La *détente musculaire* est particulièrement efficace pour les facteurs de stress physiologiques (par ex. la pression sanguine).
- Les *techniques de méditation* ont une influence notable sur tous les facteurs de stress.⁴⁹⁷

⁴⁹³ Shalev (2001).

⁴⁹⁴ Définition du National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (www.ncptsd.va.gov): «Post-Traumatic Stress Disorder, or PTSD, is a psychiatric disorder that can occur following the experience or witnessing of life-threatening events such as military combat, natural disasters, terrorist incidents, serious accidents, abuse (sexual, physical, emotional, ritual), and violent personal assaults like rape. People who suffer from PTSD often relive the experience through nightmares and flashbacks, have difficulty sleeping, and feel detached or estranged, and these symptoms can be severe enough and last long enough to significantly impair the person's daily life.

PTSD is marked by clear biological changes as well as psychological symptoms. PTSD is complicated by the fact that it frequently occurs in conjunction with related disorders such as depression, substance abuse, problems of memory and cognition, and other problems of physical and mental health. The disorder is also associated with impairment of the person's ability to function in social or family life, including occupational instability, marital problems and divorces, family discord, and difficulties in parenting.» Cf. aussi Hosman et al. (2004, 42s.).

⁴⁹⁵ Ruzek (o.J.), Young et al. (o.J.).

⁴⁹⁶ Pour des sources complémentaires cf. Goetschel (o.J.).

⁴⁹⁷ Cf. par ex. Davidson R.J. et al. (2003), Lutz A. et al. (2004) et Grossman et al. (2004) resp. note 384.

- Les *techniques Biofeedback* peuvent contribuer à éliminer ou à modifier positivement les crampes, les tensions, les troubles du sommeil ou la migraine, par exemple, et déploient tous leurs effets lorsqu'ils sont employés comme parties intégrantes de stratégies thérapeutiques globales.⁴⁹⁸
- Les *combinaisons* des entraînements de détente musculaire cognitifs-comportementaux se sont avérés la forme d'intervention la plus efficace.⁴⁹⁹
- En ce qui concerne l'utilisation du *training autogène* chez les enseignants en activité, des effets positifs importants sur l'état subjectif général et l'appréciation subjective de la gravité des troubles ont pu être observés, y compris un maintien des effets positifs du training autogène même six mois après la fin du cours.⁵⁰⁰

6.3 Dépression (T)

(T3) Interventions de prévention de la dépression

Une méta-analyse de 69 programmes de prévention pour la diminution des dépressions ou des symptômes dépressifs a mis en évidence des améliorations au sein de divers groupes d'âge et degrés d'atteinte, en moyenne 11% par rapport au groupe de contrôle;⁵⁰¹ ceci correspond aux résultats de précédentes méta-analyses dans le domaine de la promotion de la santé psychique.⁵⁰²

Les programmes de prévention qui ont obtenu des effets importants étaient entre autres composés de plusieurs éléments, incluaient des techniques de développement des compétences et s'étendaient sur huit séances de 60 à 90 minutes. Les personnes âgées ont profité du soutien social, alors que les méthodes comportementales ont eu un effet négatif.

(T3.1) Exemple de module: *Nürnberger Bündnis gegen Depression*

Ce programme de prévention efficace (ligue de Nuremberg contre la dépression) est repris en Allemagne à travers le *Kompetenznetz Depression*⁵⁰³ et depuis 2004 dans quinze pays dont la Suisse (coordination par l'Office fédéral de la santé), dans le cadre de l'«Alliance Européenne contre la Dépression (EAAD)».⁵⁰⁴

⁴⁹⁸ Zeier (1997, 102).

⁴⁹⁹ Kreis & Bödeker (2003, 26).

⁵⁰⁰ Dans le cadre d'une enquête parallèle sur le projet STREMA (chap. 5.2.5.3): cf. Lattmann & Rüedi (2003, 297-302).

⁵⁰¹ Jané-Llopis et al. (2003).

⁵⁰² Durlak & Wells (1997), Brown C.H. et al. (2000) et Tobler & Stratton (1997).

⁵⁰³ www.kompetenznetz-depression.de.

⁵⁰⁴ www.eaad.net: European Alliance Against Depression; pour d'autres études cf. Hosman et al. (2004, 39ss.).

ANNEXE III: ACTEURS PUBLICS ET PRIVÉS ET PROJETS ACTIFS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION DU STRESS ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ PSYCHIQUE AU PLAN NATIONAL ET INTERRÉGIONAL

Cette annexe a pour objet de présenter les plus importants acteurs et projets publics et privés, actifs au moment de la rédaction du présent document. En raison de la large étendue du thème il est cependant tout à fait possible que certains n'y figurent pas. Le cas échéant, l'auteur serait reconnaissant de le lui communiquer.

A. Sélection d'acteurs étatiques de la prévention du stress et de la promotion de la santé psychique⁵⁰⁵

Confédération

Département Fédéral de l'Intérieur DFI

- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEFH
- Fonds national suisse FNS
- Commission de la condition de la femme
- Fonds contre le racisme
- Office fédéral de la santé publique OFSP:
 - Division programmes nationaux de prévention et sa section Jeunesse, nutrition et activité physique (éducation + santé Réseau Suisse)
 - Division institutions et structures: section Professions médicales
 - Division stratégies de santé: sections Pool de recherches, Evaluation et information resp. Stratégies et politiques de la santé
 - Division Politique de santé multisectorielle: sections Egalité des chances et santé, resp. Environnement et santé
 - Commission fédérale des prestations générales
- Office fédéral de la formation et de la technologie OFFT
- Office fédéral des statistiques OFS:
 - Observatoire suisse de la santé Obsan
- Office fédéral des assurances sociales OFAS:
 - Assurance-invalidité AI
 - Domaine Famille, générations et questions de société: services Questions de l'enfance, de la jeunesse et de la vieillesse, ainsi que Générations, Société et questions sociales
 - Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse
 - Commission fédérale de coordination pour les questions familiales
 - Commission fédérale d'éthique
 - Conseil suisse des aînés CSA

Département fédéral de l'économie DFE

- Secrétariat d'Etat à l'économie seco: Ressort travail et santé
- Commission fédérale de la coordination pour la sécurité au travail CFST

Département fédéral de justice et police DFJP

- Office fédéral des migrations OFM
- Commission fédérale des étrangers CFE

Autres

- Zentrum für Organisations- & Arbeitswissenschaften ZOA (centre pour les sciences de l'organisation et du travail), EPFZ
- Promotion Santé Suisse

⁵⁰⁵ Pour une liste détaillée cf. Bruhin [2002a].

Cantons**Conférence des directeurs de l'instruction publique CDIP**

Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique

- Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé ARPS
- Conférence romande des affaires sanitaires et sociales CRASS
- Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé DiPPS
- Association des médecins cantonaux de Suisse AMCS

Départements cantonaux

- Départements de la santé: Instituts de promotion de la santé et de prévention, médecins cantonaux
- Départements de l'éducation: Ecoles; jardins d'enfants et enseignants, médecins scolaires, associations de parents d'élèves, offices du sport
- Départements des affaires sociales
- Départements de l'économie: Offices régionaux de placement ORP

Universités

- Facultés de médecine
- Instituts de médecine sociale et préventive IMSP à Zurich, Bâle, Berne, Lausanne, Genève
- Communication santé, Uni Lugano
- Institut de L'Economie et Management de la Santé IEMS, Lausanne
- Instituts de psychologie
- Instituts de psychologie du travail et de l'organisation
- Instituts de recherche dans le domaine du couple et de la famille
- Instituts de pédagogie
- Instituts d'éthique, d'éthique sociale

Cliniques

- Forschungsstelle Alter (unité de recherches en gériatrie), Hôpital Ziegler, Berne
- Forschungsgruppe psychiatrische Epidemiologie (groupe de recherche en épidmiologie psychiatrique), Klinik West, Psychiatrische Universitätsklinik ZH

Projets de recherche du FNS

- Arbeit, Stress, Wohlbefinden: Institut de psychologie, Berne
- Arbeitserfahrungen und Lebensqualität in der Schweiz: Institut de psychologie du travail et de l'organisation, Berne

Hautes Ecoles Spécialisées

- Hautes écoles de pédagogie
- Centre de compétences R+, département de pédagogie du FHA (Fachhochschule Aargau)

Autres

- Centres de formation aux professions de la santé

B. Sélection d'acteurs privés de la prévention du stress et de la promotion de la santé psychique⁵⁰⁶

Organismes de promotion de la santé et de prévention

a) nationaux

- Fondation suisse pour la santé RADIX
- Conférence nationale suisse des ligues de la santé GELIKO

b) regional

- Berner Gesundheit
- Boutique santé
- Carrefour santé
- Gsünder Basel
- Perspektiven
- ZEPRA

Institutions non-médicales

- Société suisse pour la politique de la santé SSPS
- Association suisse pour la promotion de la santé dans l'entreprise ASPSE, comportant deux sections: Utilisateurs et Prestataires
- Association faîtière des sociétés pour la protection de la santé et pour la sécurité au travail Suissepro
- Fachstelle UND. Familien- und Erwerbsarbeit für Männer und Frauen
- Mouvement populaire des familles, Yverdon
- Institut Marie-Meierhofer, Zurich
- Association Alzheimer Suisse, Yverdon
- Institut d'éthique sociale, Fédération des Eglises protestantes de Suisse
- Forum national âge & migration
- Pro Migrante – l'association pour les migrants âgés et leurs proches

Institutions sociales

- Pro Familia
- Fondation Pro Juventute
- Fondation pro senectute
- Fondation pro mente sana
- Fondation pro infirmis
- Caritas Suisse
- Croix Rouge Suisse (accents mis sur les domaines de la promotion de la santé, de la migration et du bénévolat)
- Groupe de travail suisse des associations de jeunesse SAJV
- Association suisse pour l'animation jeunesse en milieu ouvert AFAJ
- Schule und Elternhaus Schweiz
- Lobby Enfants Suisse
- Infoklick – Promotion des enfants et des jeunes en Suisse
- Fondation Eduard Aeberhardt pour la promotion de la santé

Institutions principalement actives dans le domaine de la prévention

- Ligue La Leche Schweiz
- Schweiz. Stiftung zur Förderung des Stillens (fondation suisse pour la promotion de l'allaitement)
- Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ispa
- Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies GREAT
- Fondation Enfants & Violence
- Limita – Institut pour la prévention de l'exploitation sexuelle des filles et des garçons

⁵⁰⁶ Pour une liste détaillée cf. Bruhin (2002b). Cf. également www.healthorg.ch.

	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention Suisse de la Criminalité PSC • Aide Suisse contre le Sida • Fondation Suisse de Cardiologie • Ligue Suisse contre le Cancer • Oncosuisse • Société Suisse de Cardiologie • Ligue suisse contre le rhumatisme
Organismes et associations faïtières médicaux et paramédicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Fédération des médecins suisses FMH: Sociétés de discipline médicale FMH Prévention, Psychiatrie et psychothérapie et Psychiatrie sociale • Fédération Suisse des Psychologues FSP • Association Suisse des Psychothérapeutes ASP • Société Suisse pour l'Etude de la Douleur • Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs • Schweiz. Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen (Société suisse pour un système de santé social) SGSG • Association Suisse de Politique Sociale ASPS • Associations de professionnels de la santé: Association suisse des infirmières et infirmiers ASI • Santé Publique Suisse (anciennement SSSP) • Ligues de la santé • Association des professions de la santé • Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz (association des spécialistes de la dépendance et des drogues de Suisse alémanique) VSD
Assurances maladie et accidents	<ul style="list-style-type: none"> • santésuisse (association faïtière de la branche de l'assurance-maladie sociale) • Assurances-maladie • SUVA Suisse. Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents • Association Suisse d'Assurances ASA
Groupes d'entraide et organisations de patients	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrium: Association de lutte contre les dépressions • Angst- und Panikhilfe Schweiz • Ipsilon, Initiative pour la prévention du suicide en Suisse • Centre de coordination et de soutien pour les groupes d'entraide en Suisse KOSCH • Organisation Suisse des Patients OSP • AGILE – association faïtière de l'entraide suisse des handicapés • Association de familles de malades souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiques VASK
Domaine de la formation continue et des loisirs	<ul style="list-style-type: none"> • Fédération suisse pour l'éducation des adultes FSEA • Clubs de sport
Réseaux	<ul style="list-style-type: none"> • Network Public Health • Réseau suisse des écoles en santé • Education + santé Réseau Suisse • Réseau suisse des Hôpitaux promoteurs de santé • Réseau Suisse de Recherche en Santé au Travail • Réseau Suisse des droits de l'enfant • Réseau santé et activité physique Suisse

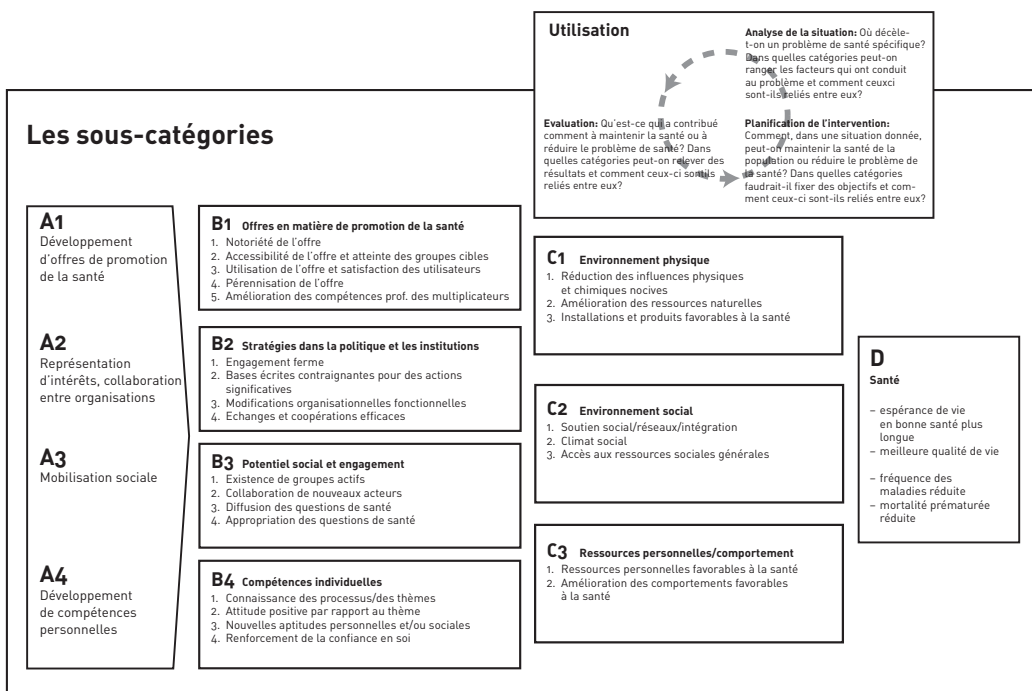
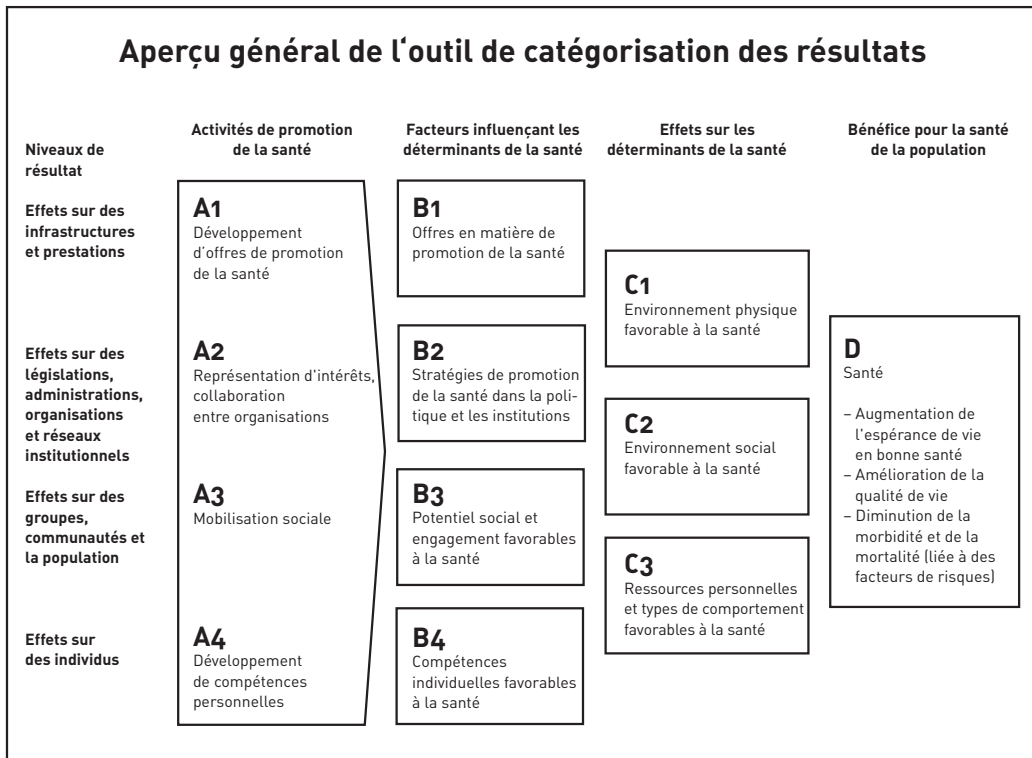
C. Sélection de projets nationaux et régionaux en rapport avec la prévention du stress et la promotion de la santé psychique⁵⁰⁷

Promotion de la santé psychique et prévention du stress Activités et programmes d'ordre général	<ul style="list-style-type: none"> • Festival de la formation 2005: tous les 3-4 ans (FSEA) • «Journée mondiale de la santé mentale» • Santé mentale des soignants (ASI, institutions de santé) • Campagnes d'information annuelles sur divers thèmes liés à la santé psychique (ASP)
Législation	<ul style="list-style-type: none"> • Droit social (OFAS) • Droit du travail (seco)
Information et conseil	<p>www.stressnostress.ch (anciennement: www.stress-info.ch) www.suva.ch (mot-clé «Stress») www.active-online.ch (ISPM Zürich, Promotion Santé Suisse et autres) www.tschau.ch (pro jeunesse, Promotion Santé Suisse, OFSP) www.ciao.ch (cantons romands, autres) www.feelok.ch (OFSPPO, autres) www.fairplay-at-home.ch (BFEFH) www.seco.admin.ch www.mobbing-info.ch www.neueslernen.ch www.mobbing-zentrale.ch www.psy.ch www.migesplus.ch www.kinderundgewalt.ch www.limita-zh.ch</p>
Groupe cible jeunes	<ul style="list-style-type: none"> • ZWäg 2004-2006 (Promotion Santé Suisse) • Spiele spielen (association) • Tschau/ciao: Informations et conseils en ligne (Promotion Santé Suisse) • Valorisation des enquêtes sur la santé des adolescents 2004 (Promotion Santé Suisse) • Jeunesse impliquée! (Promotion Santé Suisse) • Intégration sociale des adolescents en difficulté (par ex. foyer cantonal Platanenhof/Oberuzwil) • Voilà: Développement stratégique 2005-2006 (CSAJ, Promotion Santé Suisse) • Roundabout moving girls 2003-2004 (Promotion Santé Suisse) • Instruments pour l'égalité des sexes dans les projets (Promotion Santé Suisse) • Adaptation de l'atelier de gestion de conflits Chili en vue d'une meilleure sensibilité au genre (Promotion Santé Suisse) • Instruments d'incitation à la participation (Promotion Santé Suisse) • Utopia Blues (Promotion Santé Suisse)

⁵⁰⁷ Cf. aussi www.healthproject.ch ainsi que la représentation détaillée d'exemples de pratiques novatrices dans Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004a, Anhang III: 45-57), reprises ici en relation avec la promotion de la santé et la prévention.

Groupe cible seniors	<ul style="list-style-type: none"> • Cours pour seniors (Pro Senectute et Pro Mente Sana) • Promotion de la santé durant la vieillesse (hôpital Ziegler, Promotion Santé Suisse, notamment) • Acquérir et préserver la mobilité (Pro Senectute, OFEN, OFSP, Promotion Santé Suisse) • Donna, Nonna, ma Donna (Berner Gesundheit) • Alterskonzept Kanton Thurgau (office de la santé de Thurgovie)
Groupe cible migrants	<ul style="list-style-type: none"> • Permanences volantes pour migrants sans statut (Promotion Santé Suisse) • SUPPORT – Soutien aux projets de migrants visant à promouvoir la santé (Promotion Santé Suisse) • bunt kickt gut (Infoklick, Promotion Santé Suisse) • midnight basketball
Groupe cible femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau FemmesTische – Santé au quotidien (Promotion Santé Suisse)
Groupe cible hommes	<ul style="list-style-type: none"> • Santé au masculin (Promotion Santé Suisse, Radix)
Contexte Commune/ Communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie dans la commune/communauté 2004–2006 (Promotion Santé Suisse) • Jeunesse impliquée! (Promotion Santé Suisse, Infoklick)
Contexte Entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • KMU vital (Promotion Santé Suisse, ISPM Zürich, IfA Baden) • Projets cantonaux pour la promotion de la santé en entreprise INKA (Promotion Santé Suisse, cantons AG, ZG, ZH, TG, SG) • Concept de formation continue PSE (Promotion Santé Suisse) • VZK Projekt «Personalstrategie 2005 Plus» (Promotion Santé Suisse, Verband Zürcher Krankenhäuser) • 50+ santé (Promotion Santé Suisse, cantons romands) • Psychisch fit am Arbeitsplatz (FSP) • Bluetrail – relax yourself (Promotion Santé Suisse) • Job-Factory (Promotion de la santé Bâle et Berne; partenaires issus de l'économie privée) • Migros Aare gestion des absences
Contexte scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Education + santé Réseau Suisse (OFSP, CDIP) • Réseau Suisse des Ecoles en Santé (Radix, Promotion Santé Suisse) • Mindmatters (RSES)
Contexte familial	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion des relations dans la petite enfance (La Courte Echelle) • Education familiale (Promotion Santé Suisse, canton FR) • Campagne de prévention Stop! Violence domestique (PSC) • Scènes de famille – comment sortir de la violence (Promotion Santé Suisse)
Projets couvrant plusieurs contextes	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern und Schulen stärken Kinder ESSKI (Promotion Santé Suisse)
Autres projets	Bündnis gegen Depression (canton ZG)

ANNEXE IV: MODÈLE DE CATEGORISATION DES RÉSULTATS DE PROMOTION SANTÉ SUISSE



ANNEXE V: SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel.
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15, 296-320.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Orig.: Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well, 1987)*, Tübingen.
- Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung. (1992). *Kindesmisshandlungen in der Schweiz. Schlussbericht zuhanden des Vorstehers des Eidgenössischen Departementes des Innern*. Bern.
- Arbetsförmedlingen. (2005). *Faktablad Friar*. <http://www.ams.se/admin/Documents/faktablad/friar.pdf> Download 12.7.2005.
- Aregger, K. & Lattmann, U. P. (2003) (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Aarau.
- Aries, M. & I. Zuppiger Ritter. (1999). *Burnout – eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal*, Bern.
- Asshauer, M., Burow, F. & Hanewinkel, R. (1999–2002). *Fit und stark fürs Leben. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht*, Leipzig, 3 Bde.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin.
- Bamberg, E. & Busch, C. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stress-Managementtraining: Eine Meta-Analyse (quasi-) experimenteller Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 127-137.
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*, Bern.
- Bang, A. & Bang, R. (1991). Community participation in research and action against alcoholism. *World Health Forum*, 12, 104-109.
- Barry, M. M. (2001). Promoting Positive Mental Health: Theoretical Frameworks for Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1), 25-34.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U. & C. Hill on behalf of EUHPID Consortium. (2003). Advancing a Theoretical Model for Public Health and Health Promotion Indicator Development: Proposal from the EUHPID Consortium. *European Journal of Public Health*, 13(3, Supplement), 107-113.
- Bauer, T. (2000). *Die Familienfalle. Kurzfassung*. Bern, www.buerobass.ch Download 17.8.2005.
- Bauer, T. & Strub, S. (2002). *Wie ist die Arbeit zwischen den Geschlechtern verteilt? Eine Untersuchung zur Aufteilung von unbezahlter und bezahlter Arbeit in Familien in der Schweiz und im internationalen Vergleich*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Baumann-Hölzle, R. (2005). Pflegebedarf als ethische Herausforderung. Gegen ein einseitig funktionales Menschenbild. In *Neue Zürcher Zeitung*. Zürich, pp. 15.
- Beardslee, W., Solantaus, T. & Doesum, K. v. (2005). Coping with parental mental illness. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Beardslee W. et al. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 313-322.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, Köln.
- Bisegger, C., Rösselet, S. & Lauper, E. (2003). *Evaluation des Projektes zWäg!* Universität Bern: ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- BKK Bundesverband. (2004). *Healthy Employees in Healthy Organizations. Developing Supportive Infrastructures for Workplace Health Promotion in Europe*. Essen.

- Böckmann, I. (o.J.). *Evaluation der Kampagne «FAIRPLAY-AT-WORK»*. März 2003 bis Januar 2004. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Bodenmann, G. (2001). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen*, Bern, 2. überarb. und ergänzte Aufl.
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Brandenburg, U., Kuhn, K. & Marschall, B. (1998) (Hrsg.). *Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb – Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote*. Dortmund/Berlin.
- Broesskamp-Stone, U. (2004). *Assessing Networks for Health Promotion. Framework and Examples*, Münster.
- Brown C. H. et al. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addictive Behaviors*, 25, 955-964.
- Brown, H. & Sturgeon, S. (2005). Promoting a healthy start of life and reducing early risks. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Brüderl, L., Halsig, N. & Schröder, A. (1988). Historischer Hintergrund, Theorien und Entwicklungstendenzen der Bewältigungsforschung. In: L. Brüderl (Hrsg.). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. München.
- Bruene-Butler L. et al. (1997). Improving Social Awareness – Social Problem Solving Project. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives*. Thousand Oaks, pp. 239-267.
- Bruhin, E. (2002a). *Strategien und Massnahmen Teil II: A. Porträts öffentliche Akteure*. Bern.
- Bruhin, E. (2002b). *Strategien und Massnahmen Teil II: B. Porträts private Akteure*. Bern.
- Bucher, S. & H. Bolliger-Salzmänn unter der Mitarbeit von N. Bischof. (2004). *Evaluation des Projekts DSWD. Ergebnisse aus der Befragung der teilnehmenden Jugendlichen*. Universität Bern: ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Bühler, S. (2004). *Kinder und Karriere – Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Kurzfassung des OECD-Ländervergleichs zu Neuseeland, Portugal und der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Teile zur Schweiz*. Bern.
- Bunce, D. & West, M. A. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49, 209-232.
- Bundesamt für Gesundheit. (2002). *Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Kurzfassung*. Bern, www.bag.admin.ch Download 16.8.2005.
- Bundesamt für Gesundheit. (2005). *Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, 12.–15. Januar 2005 (Reisebericht der Schweizer Delegation)*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit & Hochschule für Soziale Arbeit Luzern. (2005) (Hrsg.). *Prävention im Jugendheim*. Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2002). *Todesursachenstatistik 2000*. Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2004). *IV-Statistik 2004*. Bern.
- Bundesamt für Statistik. (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik. (2004a). *Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz: ein Gesundheitsrisiko*. Neuchâtel, www.bfs.admin.ch, download 30.4.2005.
- Bundesamt für Statistik. (2004b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. CD-ROM. Neuenburg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA. (2003) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a. d. Selz, 4. erw. u. überarb. Aufl.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*, Berlin.
- Caplan M. et al. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 56-63.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D. & Price, R. H. (1997). From Job loss to reemployment: Field experiments in prevention-focused coping. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary Prevention Works. Issues in children's and families' lives*, Vol. 6. Thousand Oaks, pp. 341-379.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., Price, R. H. & Ryn, M. v. (1989). Job seeking, reemployment and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 759-769.

- Chilvers, C. (2003). *Evaluation SUVA Stress-Video. Bericht zur Umfrage bei Bestellern des Stress-Videos*. Luzern (unveröffentlichtes Manuskript).
- Cina, A., Ledermann, T., Meyer, T., Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2004). *Triple P in der Schweiz: Zufriedenheit, Akzeptanz und Wirksamkeit*. Freiburg.
- Clarke G. N. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Cox, T. & Rial-González, E. (2002). Work-related stress: the European picture. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*, 4-6, www.osha.eu, download 5.5.2005.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work OSHA. Luxembourg, www.osha.eu.int, download 5.5.2005.
- Davidson R. J. et al. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davis, M. K. & Gidycz, C. A. (2000). Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 257-265.
- De Greef M. & K. Van den Broek. (2004). *Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the effects of WHP*. Brussels.
- Derungs, F. (o.J.). *Evaluation der Berichterstattung in Schweizer Printmedien über die Kampagne «Fairplay-at-home»*. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Derungs, F. (o.J.a). *In die Breite gehen. Fairplay-at-home von Juni 2002 bis Januar 2003. Evaluation der Kampagne des Eidg. Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie*. Bern.
- Developmental Research and Programs. (1997). *Communities That Care: a comprehensive prevention program*, Seattle.
- Diener, E. & Rahtz, D. R. (2000). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Dordrecht.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, O. (2002). *Grundversorgung Demenz – Ambulante und teilstationäre Grundversorgung von Demenzkranken sowie Unterstützungsangebote für deren Angehörige*. Schweizerische Alzheimervereinigung und Pro Senectute Schweiz. Yverdon.
- Direktion für Arbeit seco. (2002). *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*. seco. Bern.
- Doesum, K. v., Hosman, C. & Riksen-Walraven, M. (in press). A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*.
- Domitrovich C. et al. (2005). Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Domnowski, M. (1999). *Burnout und Stress in Pflegeberufen*, Hagen.
- Dooley D. et al. (1994). Depression and Unemployment: Panel Findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology*, 22(6), 745-765.
- Ducki A. et al. (1998). Gesundheitszirkel – ein Instrument der Organisationsentwicklung. In: E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen, pp. 267-281.
- Duden. (1997). *Etymologie: Das Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache*, Mannheim.
- Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Egger, T. (2004). *Bedarfsanalyse Frauenhäuser. Integraler Bericht zur Vorstudie*. Bern.
- Elias M. J. et al. (2003). Implementation, Sustainability, and Scaling Up of Social-Emotional and Academic Innovations in Public Schools. *School Psychology Review*, 32(3), 303-319.
- Engel, G. L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen biomedizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: H. Keupp (Hrsg.). *Normalität und Abweichung*. München, pp. 63-85.

EuroHealthNet, European Public Health Alliance, Federal Institute for Occupational Safety and Health, IMHPA Network, Mental Health Europe, STAKES, WHO/Euro Network for Suicide Research and Prevention & WHO/Collaboration Centre for Health Promotion in hospitals and health care. (2005). *EMIP Manual. Guidelines for the project on Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries*. Draft.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz OSHA. (1998). *Wirtschaftliche Aspekte von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union*. Bilbao, www.osha.eu.int, download 5.5.2005.

Europäische Kommission. (1997). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Luxembourg, www.sozialnetz.deca/pq/jfd/ Download 30.6.2005.

Europäische Kommission. (2004). *Massnahmen gegen Depression. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen*. Luxemburg, www.europa.eu.int, download 30.4.2005.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. (1997). *Die Verhinderung von Absentismus am Arbeitsplatz. Zusammenfassender Bericht einer Forschungsstudie*. Luxemburg.

European Agency for Safety and Health at Work OSHA. (2002b). European Week for Safety and Health at Work. In *Magazine of the European Agency for Safety and Health at work*, Vol. 5.

European Commission. (1999). *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* DG Employment and Social Affairs.

European Commission. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxembourg, www.europa.eu.int, download 15.3.2005.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2001). *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Dublin.

European Network for Workplace Health Promotion. (2004). *ENWHP Toolbox. A European collection of methods and practices for promoting health at the workplace*. Woerden, www.enwhp.org Download 30.6.2005.

Fabian, C., Nowacki, A., Pfister, T. & Zobel, F. (2004). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention. Modul 5: Planung der sekundärpräventiven Versorgung in der Gemeinde oder Region*. Bern.

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. (2005) (Hrsg.). *Wörter – Begriffe – Deutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz*. Brugg.

Faltermaier, T., Kühnlein, J. & Burda-Viering, M. (1998). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6(4), 309-326.

Federation of Canadian Municipalities FCM. (2001). *The FCM Quality of Life Reporting System. Second Report. Quality of Life in Canadian Communities*. Ohne Ortsangabe.

Ferrie J. et al. (1999). *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO, <http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf> Download 12.7.2005.

Frankenhaeuser, M. (1991). The psychophysiology of workload, stress, and health: Comparison between the sexes. *Annals of Behavioural Medicine*, 13, 197-204.

Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In: L. E. Tetrick & J. C. Quick (Hrsg.). *Handbook of occupational health psychology*. Washington, pp. 143-162.

Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt a.M.

German Network for Mental Health GNMH. (2004). World Mental Health Day. Die Beziehung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit: Gemeinsam auftretende Störungen. 10.10.2004. www.gnmh.de, download 15.3.2005.

Gesundheit Berlin e.V. (2004). *Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit*. www.gesundheitberlin.de Download 3.6.2005.

Gesundheitsförderung Schweiz. (2002). *Lebensqualität steigern. Kurzes Hintergrunddokument zu «Lebensqualität»*. Bern (unveröffentlichtes Dokument).

Gesundheitsförderung Schweiz. (2004). *Gesundheitliche Chancengleichheit als Ziel der Gesundheitsförderung*. Bern (unveröffentlichtes Dokument).

Gesundheitsförderung Schweiz. (2005). *Inhaltskonzept/Grundlagenpapier «Best Practice und Evidenz in der Gesundheitsförderung»*. Das «Best Practice»-Rahmenkonzept von Gesundheitsförderung Schweiz mit integriertem Evidenz-Konzept. Bern (unveröffentlichtes Dokument).

- Gloor, D. & Meier, H. (2003). Gewaltbetroffene Männer – wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Einblicke in eine Debatte. *Fampra*(3).
- Godenzi, A. (1993). *Gewalt im sozialen Nahraum*, Basel.
- Godenzi, A. & Yodanis, C. (1998). *Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen*. Freiburg.
- Godfrey, C. (2001). Economic evaluation of health promotion. In: I. Rootman et al. (Hrsg.). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Geneva.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, www.biomedcentral.com/1471-2458/5/67 Download 18.8.2005.
- Goetschel, R. (o.J.). *Entspannung. Grundlagen zum Thema Entspannung unter einer gesundheitsförderlichen Perspektive*. Bern.
- Gognalons-Nicolet, M. & Blochet, A. B. (2004). Fin de la vie professionnelle et santé: une période d'âge critique. In: P. Perrig-Chiello & H. B. Stähelin (Hrsg.). *La Santé. Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne, pp. 61-76.
- Gognalons-Nicolet M. et al. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Bern, BFS.
- Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*, München.
- Gottlieb, B. H. & Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: a critical review. *Ageing & Mental Health*, 6(4), 325-342.
- Grebner, S., Elfering, A. & Semmer, N. K. (2005). *Young Workers: The Importance of Job Design*. University of Berne, Department of Psychology.
- Greenberg M. T. et al. (1995). Promoting Emotional Competence in School-Aged Children: The Effects of the PATHS Curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136.
- Greenberg, M. T. & Kusché, C. A. (1998). Preventive interventions for school-aged deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1), 49-63.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(np).
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. K. (1991) (Hrsg.). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen.
- Grob, A. (1997) (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? Beschreibung des Alltags von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz und in Norwegen*. Chur.
- Grob, A. (1999). Regulation des subjektiven Wohlbefindens. In: W. Hacker & M. Rinck (Hrsg.). *Zukunft gestalten*. Lengerich, pp. 241-254.
- Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*, Weinheim.
- Grob, A. & Vogelwiesche, U. (2005). *Prinzipien nachhaltiger Entwicklungsveränderung: Das Sekundärpräventionsprogramm «pc4youth»*. (unveröffentlichtes Manuskript).
- Grob, A., Feller, K., Käppeler, C., Lemola, S. & Simoni, H. (2004). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention. Prävention bei Familiensystemen während der Schwangerschaft und dem Kleinkindalter*. Bern.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hale, J. (2000). What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 15, 341-348.
- Hämmig, O. & Bauer, G. (2004). Ursachen und gesundheitliche Auswirkungen mangelnder Work-Life Balance bei der Schweizer Erwerbsbevölkerung. In: G. f. Arbeitswissenschaft (Hrsg.). *Arbeit und Gesundheit in effizienten Arbeitssystemen*. Dortmund, pp. 117-122.
- Hämmig, O. & Bauer, G. (2004a). *Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit*. Zürich.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2001). Stress und Stressdiagnostik – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 10(3), 143-147.
- Häni, E. (2004). Familien- und Freiwilligenarbeit: vom «Laufbahnkiller» zum beruflichen Erfolgsfaktor. *SuchtMagazin*, 6, 34-35.
- Harss, C. & Maier, K. (1992). *Stress, der Preis des Erfolgs? Aktive Stressbewältigung für berufstätige Frauen*, Mannheim.

- Hascher, T. (2004) (Hrsg.). *Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Bern.
- Hausherr, A., Perrig-Chiello, P. & Sturzenegger, M. (2002). *Alleinerziehen als biographische Erfahrung*. Bern, Institut für Psychologie, Poster.
- Hawkins, J. D., E. von Cleve & R. F. Catalano Jr. (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 208-217.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951-976.
- Heaney, C. A., Price, R. H. & Rafferty, J. (1995). The Care Giver Support Program: an intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. In: L. R. Murphy (Hrsg.). *Job stress interventions*. Washington D.C.
- Hedderich, I. (1997). *Burnout bei Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern. Eine vergleichende Untersuchung, durchgeführt in Schulen für Körperbehinderte und in Hauptschulen, auf der Grundlage des Maslach-Burnout-Inventary*, Berlin.
- Heijdel, W. & Prins, R. (2005). *Invalidenrenten infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2004) (Hrsg.). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice: summary report*. WHO, Geneva.
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005) (Hrsg.). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, WHO (im Druck).
- Hibbard, J. H. & Pope, C. R. (1987). Employment characteristics and health status among men and women. *Women & Health*, 12(2), 85-102.
- Hodgson, R. & Abbasi, T. (1996). *Mental Health Promotion: Forty Examples of Effective Intervention*. Cardiff.
- Hofer, M. (2005). *Evaluation der Kampagnen FAIRPLAY-AT-HOME und FAIRPLAY-AT-WORK*. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Höpflinger, F. (2002). *Männer im Alter*, Zürich.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, Bern.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter*, Bern.
- Hosman, C. & Jané-Llopis, E. (1999). Political challenges 2: mental health (Hrsg.). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, International Union for Health Promotion and Education. Brussels.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (2004) (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report*. WHO, Geneva.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (2006) (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford (im Druck).
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*, Massachusetts.
- Hurrelmann, K. (1994). *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress*, Weinheim.
- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie*, Weinheim.
- Illés, C. & Abel, T. (2002). *Psychische Gesundheit. Eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*, Bern.
- Illés, C. & Abel, T. (2002a). *Soziales Kapital. Einführung in das Konzept und seine Relevanz für die Gesundheitsförderung*. Bern, ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Illés, C. & Abel, T. (2002b). *Kulturelles Kapital. Einführung in das Konzept und seine Relevanz für die Gesundheitsförderung*. Bern, ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Illés, C. & Abel, T. (2002c). *Gesundheitsrelevante Lebensstile. Einführung in das Konzept und seine Relevanz für die Gesundheitsförderung*. Bern, ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung. (o.J.). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)*. Zürich, Radix.

- Jané-Llopis, E. (2005a). From evidence to practice: mental health promotion effectiveness. *Promotion & Education*, Supplement 1, 21-27.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen, www.imhpa.net, download 3.5.2005.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*, Göttingen.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (2003) (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen.
- Jessor, R. J. L. S. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development*, New York.
- Jones, F. & Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*, Essex.
- Kähnert, H. & Hurrelmann, K. (2003). Das Lions-Quest Programm «Erwachsen werden». *Prävention*, 26(2), 49-52.
- Kaluza, G. (2003). «Stress». In: M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 385-408.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York.
- Kasl, S. V. (1992). Surveillance of psychological disorders in the workplace. In: G. P. Keita & S. L. Sauter (Hrsg.). *Work and well-being*. Washington, pp. 73-95.
- Kastner, M. (2004) (Hrsg.). *Die Zukunft der Work Life Balance. Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren?* Kröning.
- Kastner, M. & Müller, I. (2003). Work Life Balance. Schwerpunkte der Forschung. *Sichere Arbeit*, 1, 25-30, <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Initiative/Veranstaltungen/Kongress/Anlagen/kastner-text,property=pdf,bereich=inqa,rwb=true.pdf> Download 14.7.2005.
- Kellam S.G. et al. (1994). The course and malleability of aggressive behaviour from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 259-281.
- Kentner, M. (1999). Die Fehlzeitenquote-Aussagekraft und Beeinflussbarkeit von Arbeitsunfähigkeitsdaten. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 34(11), 450-455.
- Kerkau, K. (1997). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen*, Gamburg.
- Kernen, H. (1997). *Burnout-Prophylaxe*, Bern.
- Kernen H. unter Mitarbeit von G. Meier. (2005). *Arbeit als Ressource. Gesund und leistungsfähig dank persönlichem und betrieblichem Ressourcenmanagement*, Bern.
- Killias, M., Puy, J. D. & Simon, M. (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*, Bern.
- Killmer, C. (1999). *Burnout bei Krankenschwestern*, Münster.
- Kohlbacher, M. (2005). *Betriebliche Gesundheitsförderung quo vadis Schweiz? Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung und Handlungsbereitschaft von institutionellen Stakeholdern in einem Schweizerischen Forum für betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern (unveröffentlichte Master Thesis zur Erlangung des Master of Public Health).
- Kolip, P. (2000). *Evaluation und Weiterentwicklung des SPP III «Jugendliche und junge Erwachsene» der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung – Stiftung 19*. ISPM Zürich.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften. (2002). *Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002–2006*. KOM(2002) 118. Brüssel, www.europa.eu.int, download 6.5.2005.
- Kramis-Aebischer, K. (1995). *Stress, Belastung und Belastungsverarbeitung im Lehrberuf*, Bern.

- Krampen, G. (2003). Effekte des Autogenen Trainings – eine Begleituntersuchung im Projekt Strema. In: U. P. Lattmann & J. Rüedi (Hrsg.). *Stress- und Selbstmanagement – Ressourcen fördern. Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen*. Aarau, pp. 294-303.
- Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*, Essen.
- Krug E. G. et al. (2002). *World report on violence and health. (Deutsch: Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung)*. Geneva.
- Kuhlmey, A. (2003). Gesundheitsbiographien im Geschlechtervergleich. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern.
- Kuhn K. et al. (2004). *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress-related Disorders in Europe (2001-2003). A Project supported by the European Commission*. Dortmund.
- Lamprecht, M., König, C. & Stamm, H. (2005). *Chancengleichheit, Stress und Körpergewicht. Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich.
- Lattmann, U. P. & Rüedi, J. (2003). *Stress- und Selbstmanagement – Ressourcen fördern. Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen*, Aarau.
- Lauper, E. (2001). *Mobbing und psychosozialer Stress: ein Ratgeber gegen Mobbing*, Zürich.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York.
- Leemann, R. J. & Keck, A. (2005). *Der Übergang von der Ausbildung in den Beruf. Die Bedeutung von Qualifikation, Generation und Geschlecht*. Neuchâtel.
- Lehtinen, V. (2004). *Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004*. European Communities and STAKES. Luxembourg.
- Levi, L. (2002). Spice of life or kiss of death? Working on stress. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at work*, 5, 11-13, www.osha.eu.int, download 5.5.2005.
- Li F. et al. (2001). Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: latent growth curve analysis. *Structural equation modelling*, 8(1), 53-83.
- Linder, W. & Vatter, A. (2002). Politik im Schweizer Gesundheitswesen. In: C. A. Zenger (Hrsg.). *Management und Gesundheitspolitik im Gesundheitswesen*. Bern.
- Lindner, M. (2005). Wenn Schwerkraft aufs Herz drückt, erkranken die Gefässe. Bei der Entstehung eines Herzinfarkts spielen psychischer Stress und Depression eine wichtige Rolle. *Tagesanzeiger*.
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health & Place*, 5, 259-270.
- Lösel, F. & Bliesener, T. (2003). *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen. Untersuchungen von kognitiven und sozialen Bedingungen*, München.
- Luban-Plozza, B. (2003). Stress und Familie – Risiken und Chancen. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern, pp. 77-92.
- Luczak, H. & Volpert, W. (1997) (Hrsg.). *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart.
- Lutz A. et al. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 101(46), 16369-16373.
- Märki, A., in Zusammenarbeit mit, Lattmann, U. P. & Strittmatter, A. (2005). Lehrberuf und Gesundheit: Vom Problemansatz zur Ressourcenperspektive. Eine kommentierte Bibliografie und 10 Feststellungen. Kurzfassung. Brugg (Manuskript).
- Marmot, M. (1999). The solid facts: the social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 9(2), 133-139.
- Marmot, M. G. & Stansfeld, S. A. (2002). *Stress and heart disease*, London.
- Maschewsky-Schneider, U. (2004). *Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland*, Weinheim.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*, Wien.
- Mayer, K. (2000-2002). *Partnerschaft ohne Gewalt. Informationen zum deliktorientierten Lernprogramm für Männer, die in ihrer Partnerschaft Gewalt ausüben*. Zürich: Bewährungsdienst Zürich II/Amt für Justizvollzug, Kanton Zürich.

- Meisenhelder, J. B. (1986). Self-esteem in women: the influence of employment and perception of husbands appraisals image. *Journal of Nursing Scholarship*, 18(1), 8-14.
- Melding, P. S. & Draper, B. (2001) (Hrsg.). *Geriatric consultation liaison psychiatry*. Oxford.
- Merllié, D. & Paoli, P. (2002). *Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000*. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dublin.
- Meyer, P. C. (2000). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*, Opladen.
- Meyer, P. C. & Hell, D. (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006*. Bern.
- Michie, W. S. (2003). Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3-9.
- Michigan Prevention Research Center. (2003). *The JOBS Project for the Unemployed: Update*. www.isr.umich.edu/ Download 3.6.2005.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*, Bern.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen, pp. 553-573.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (2003) (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, 2., neu bearb. u. erg. Aufl.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994) (Hrsg.). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington.
- Murphy L.R. et al. (1995) (Hrsg.). *Job stress interventions*. Washington D.C.
- Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11, 112-135.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996) (Hrsg.). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge.
- Naidoo, J. & Wills, J. (1998). *Practicing Health Promotion. Dilemmas and Challenges*, Amsterdam.
- Nationale Gesundheitspolitik. (2004a). *Psychische Gesundheit. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*, Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik. (2004b). *Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (Februar–Mai 2004)*. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2003). Arbeitstagung «Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Hin zu gemeinsam getragenen Strategien». Aarau.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004a). *Psychische Gesundheit. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004b). *Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (Februar–Mai 2004)*. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004c). *TP: Gesamtstrategie Psychische Gesundheit. Grundlagen zu Modul 3: Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern, www.bag.admin.ch, download 10.3.2005.
- Neboit, M. & Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse.
- Nolting, H.-D., Berger, J., Niemann, D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (o.J. a). *Stress bei Raumpfleger/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen*. www.presse.dak.de, download 1.5.2005.
- Nolting, H.-D., Berger, J., Niemann, D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (o.J. b). *Stress bei Tierärzten. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen*. www.presse.dak.de, download 1.5.2005.
- Office Cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT. (o. J.). *Prévention du stress professionnel*. Genève, Download http://www.geneve.ch/ocirt/sante_securite_travail/theme_prevention/doc/stress.pdf.

- Office fédéral de la statistique. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Neuchâtel.
- Olds, D. L. (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary Prevention Works*. Thousand Oaks, pp. 41-67.
- Olds, D. L. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8), 1238-1244.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and Infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 1153-1172.
- Oswald, W. D., Rupprecht, R. & Hagen, B. (2001: 12. Auflage). *SIMA in Stichworten. Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter*. www.sima.geronto.uni-erlangen.de Download 4.6.2005.
- Padlina, O., Gehring, T. M. & Somaini, B. (1999). Subjektive Wahrnehmung von Anforderungs-Ressourcen-Konfigurationen: Eine neue Perspektive in der Stressforschung. In: S. Keller (Hrsg.). *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*.
- Paulus, P. (2004). *Evidenz für die gute gesunde Schule*. Lüneburg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Perriard, J. & Ramaciotti, D. (2003a). *Die Kosten des Stresses in der Schweiz. seco-Publikationen*. Bern.
- Perriard, J. & Ramaciotti, D. (2003b). *Die Kosten von Stress in der Schweiz (Zusammenfassung). seco-Publikationen*. Bern.
- Perrig-Chiello, P. (1996). Wie können wir Wohlbefinden erfassen? In: H. W. Heiss, F. Huber, B. Peter & H. B. Stähelin (Hrsg.). *Wohlbefinden im Alter – geriatrische und gerontologische Strategien*. Reinach, pp. 7-17.
- Perrig-Chiello, P. (2004). Soziale Integration im Spiegelbild lebenszyklischer Übergänge. In: C. Suter, I. Renschler & D. Hoyer (Hrsg.). *Sozialbericht 2004*. Zürich.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2003). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern.
- Perrig-Chiello, P. & Sturzenegger, M. (2003a). Wohlbefinden, Gesundheit und Ressourcennutzung im mittleren und höheren Lebensalter. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern.
- Perrig-Chiello, P. & Stähelin, H. B. (2004b) (Hrsg.). *La Santé. Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne.
- Perrig-Chiello, P., Hüsler, G., Mohler, B. & Schlegel, C. (2004a). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention. Modul 2: Diagnostik und positive Beeinflussung der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen*. Bern.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Ehrensam, R., Staehelin, H. B. & Krings, F. (1998). The effects of resistance training on well-being and memory in elderly volunteers. *Age and Ageing*, 27, 469-475.
- 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.
- Pfaff, H., Kaiser, C. & Krause, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission «Betriebliche Gesundheitspolitik» der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckeler-Stiftung*. Köln.
- Pines, A. M., Aronson, E. & Kafry, D. (1987). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Ageing & Mental Health*, 8(5), 438-449.
- Polenz, W. & Becker, P. (1997). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der habituellen körperlichen Gesundheit im Betrieb. *Trier Psychologische Berichte*, 24(2), 1-53. <http://www.psychologie.uni-trier.de/becker/online/polenz.pdf> Download 14.7.2005.
- Priens, R. & Heijdel, W. (2004). *Invalidenrenten infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern*. Bern, Bundesamt für Sozialversicherung (Übersetz. a. d. Engl.).
- Pruitt, R. H. (1992). Effectiveness and cost efficiency of interventions in health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 926-932.
- Reichert, M. (1988). *Diagnostik der Belastungsverarbeitung. Neue Zugänge zu Stress- und Bewältigungs-Prozessen*. Bern.
- Reid, J. B. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *The American Journal of Community Psychology*, 27(4), 483-517.
- Rispens, J., Aleman, A. & Goudena, P. P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 21, 975-987.

- Roxburgh, S. (2004). «There Just Aren't Enough Hours in the Day»: The Mental Health Consequences of Time Pressure. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 115-131.
- Rudow, B. (2004). *Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen*, München.
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rugulies, R. (2005). *Die psychosoziale Dimension der koronaren Herzkrankheit und die Chancen multiprofessioneller Intervention*, Lengerich.
- Ruzek, J. (o.J.). *Coping with PTSD and Recommended Lifestyle Changes for PTSD Patients. A National Center for PTSD Fact Sheet*. www.ncptsd.va.gov/facts Download 8.6.2005.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The Contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. & Love, G. D. (2004). Positive Health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1383-1394.
- Sanders, M. R., Montgomery, D. & Brechman-Toussaint, M. (2000). Mass media and the prevention of child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 939-948.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P – Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 173-179.
- Sandler, I., Ayers, T. & Dawson-McClure, S. (2005). Dealing with family disruption: divorce and bereavement. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Saxena, S. & Garrison, P. J. (2004) (Hrsg.). *Mental Health Promotion. Case Studies from Countries. A Joint Publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization*. Geneva.
- Schieman, S., Gundy, K. v. & Taylor, J. (2001). Status, Role, and Resource Explanations for Age Patterns in Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 80-96.
- Schmid, H. & Lattmann, U. P. (2003). Lebenskompetenzen-Training zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht – eine Pilot- und Machbarkeitsstudie. *abhängigkeiten*, Heft 2, 5-20.
- Schmid, H., Kuntsche, E. N. & Delgrande, M. (2001) (Hrsg.). *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern.
- Schmitzer, G. (2003). Guten Stress gibt es nicht! *der arbeitsmarkt*(12), 22-25.
- Schneider, V. (2003). Gesundheitsförderung in der Schule und Lebensstil. In: K. Aregger & U. P. Lattmann (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Aarau, pp. 51-92.
- Schnetzler, R. (2005). Arbeit und Gesundheit – Datenlage in der Schweiz. *managed care*, 4, 24.
- Schopper, D. (2005). *Gesundes Körpergewicht in der Schweiz: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen für die Erarbeitung einer nationalen Strategie für die Schweiz zum Kernthema Gesundes Körpergewicht*. Bern.
- Schug L. unter Mitarbeit von C. Eisenring. (2005). *Gesundheitsförderung Schweiz – Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress». Ökonomische Perspektive im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Winterthur.
- Schwager, T. & Udris, I. (1988). Verhaltens- vs. verhältnispräventive Massnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung – Erfahrungen aus Schweizer Betrieben. In: G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). *Gesundheitsförderung – ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen, pp. 367-388.
- Schwager, T. & Udris, I. (1998). Gesundheitsförderung in Schweizer Betrieben. In: E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Göttingen, pp. 437-444.
- Schwarzer, R. (2002). *Soziale Unterstützung und Gesundheit – ein Überblick. Wissenschaftliche Tagung und Konferenz: Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung. Zum Stand der Forschung und aktuelle Trends und Entwicklungen. Abstract der Beiträge*. Salzburg.
- Schweinhart, L. J. & Weikart, D. P. (1997). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly*, 12(2), 117-143.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2004). *Alzheimer Info*. Yverdon.

- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA. (2004). *Schweizer Lehrkräfte: Je grösser die Belastung, umso mehr wird geraucht*. Lausanne.
- Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen. (2002) (Hrsg.). *Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa)*. Bern.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (1994) (Hrsg.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart.
- Selye, H. (1957). *Stress beherrscht unser Leben*, Düsseldorf.
- Semmer, N. (1997). «Stress». In: H. L. W. Volpert (Hrsg.). *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart.
- Semmer, N. K. (2003a). Job Stress Interventions and Organization of Work. In: J. C. Quick & L. E. Tetrick (Hrsg.). *Handbook of occupational health psychology*. Washington D.C.
- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52(3), 150-158.
- Semmer, N. K. & Udriș, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: H. Schuler (Hrsg.). *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern.
- Semmer, N. K. & Zapf, D. (2004a). Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen. In: H. Schuler (Hrsg.). *Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation*. Göttingen.
- Shalev, A. Y. (2001). Posttraumatic Stress Disorder. *Primary Psychiatry*, 8(10), 41-46.
- Shapiro, A. & Talor, M. (2002). Effects of a community based early intervention program on the subjective well-being, institutionalisation and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42(3), 334-341.
- Shure, M. B. (1997). Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviours in the preschool and primary years. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary Prevention Work. Issues in children's and families' lives*. Thousand Oaks, pp. 239-267.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*, Göttingen.
- Siegrist, J. (im Druck). Stress am Arbeitsplatz. In: N.N. (Hrsg.). *Lexikon für Gesundheitspsychologie*. (Vorabzug per E-Mail vom 15.4.2005).
- Siegrist, K. & Silberhorn, T. (1998). *Stressabbau in Organisationen – ein Manual zum Stress-Management*, Münster.
- Slesina, W. (2001). Evaluation von Gesundheitszirkeln. In: B. Badura et al. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2000: Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement*. Berlin, pp. 199-212.
- Sochert, R. (1998). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*, Bremerhaven.
- Solomon, L. J. & Rothblum, E. D. (1986). Stress, coping and social support in women. *The Behaviour Therapist*, 9, 199-204.
- Somaini, B. & Stamm, H. (2002). Lebensqualität. Ein Begriff und seine Bedeutung für die Gesundheitsförderung. *ZEPRA Newsletter*.
- Sozialdepartement der Stadt Zürich. (2001). *Kindertagesstätten zahlen sich aus. Jeder eingesetzte Franken bringt drei bis vier Franken an die Gesellschaft zurück*. Zürich, Edition Sozialpolitik Nr. 5a.
- Staatssekretariat für Wirtschaft seco & Bundesamt für Sozialversicherung BSV. (2004) (Hrsg.). *Kinder und Karriere – Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Kurzfassung des OECD-Ländervergleichs zu Neuseeland, Portugal und der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Teile zur Schweiz*. Bern.
- Stamm, H. & Lamprecht, M. (2003). *Indikatoren zur Lebensqualität in der Schweiz. Zusammenfassung des Schlussberichts zu einem Pilotprojekt im Auftrag des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich.
- Stamm, M. (2005). Störfall Jugendarbeitslosigkeit. Psychosoziale Momentaufnahme einer geprellten Generation. *Neue Zürcher Zeitung* (142, 21.6.2005), 57.
- Stevens, N. & T. van Tilburg. (2000). Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1), 15-35.
- Streuli, E. & Bauer, T. (2001). *Working Poor in der Schweiz. Zusammenfassung*. Bern, www.buerobass.ch/ Download 16.8.2005.
- Stuck, A. E. & Born, S. (2001). Gesundheitsförderung im Alter. *managed care*.

- Stuck, A. E., Egger, M. & Beck, J. C. (2004). Preventing disability in elderly people. *Lancet*, 364, 1641-42.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.
- Sturgeon, S. (2005). *Promoting mental health as a neglected issue*. Bangkok (Referat der 6. Weltkonferenz der Gesundheitsförderung: www.who.int/noncommunicable_diseases/6gchp/en/).
- Summermatter, D. (2004). Evidenzbasierter Referenzrahmen zur Bestimmung der Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen mit Schwerpunkt psychische Gesundheitsförderung. Bern (unveröffentlichtes Manuskript, EUMAHP Masterarbeit).
- Suter, C., Renschler, I. & Joye, D. (2004) (Hrsg.). *Sozialbericht 2004*. Zürich.
- Thompson, E. A., Horn, M., Herting, J. R. & Eggert, L. L. (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high-risk youth. *Journal of Drug Education*, 27(1), 19-41.
- Tobler, N. & Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug intervention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Tschumper, A. & Diserens, C. (o.J.). *Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft*, Bern.
- Udris, I. (1992a). Von der Stress- zur Gesundheitsforschung. *Psychoscope*, 3, 4-6.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung (Originaltitel: «Belastung, Beanspruchung, Stress und Gesundheit»). In: Carl Graf Hoyos & Dieter Frey (Hrsg.). *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992b). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychozial*, 15(52), 9-22.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie*, Zürich [5. Aufl.].
- Ulich, E. (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung – arbeitspsychologische Perspektiven. *managed care*, 4, 12-14.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*, Wiesbaden.
- Van der Klink et al. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- van der Linde, F. (2005). *Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie «Gesundheitsförderung und Prävention stärken» in der Schweiz. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich.
- Vester, F. (1997). *Phänomen Stress*, Stuttgart, 15. Aufl.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. & Trudel, L. (2003). Workplace Prevention and Promotion Strategies. *HealthcarePapers*, 5(2).
- VicHealth. (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health – A Monograph 2000*.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- Victorian Health Promotion Foundation. (2005). *A Plan for Action 2005-2007. Promoting Mental Health and Wellbeing*. Pelham St Carlton, www.vichealth.vic.gov.au Download 2.6.2005.
- Vinokur, A. D., Schul, Y., Vuori, J. & Price, R. H. (2000). Two years after a job loss: Long term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 32-47.
- Vinokur, A. D., Price, R. H., Caplan, R. D., Ryn, M. v. & Curran, J. (1995). The JOBS I Preventive Intervention for Unemployed Persons: Its Short and Long-Term Effects on Reemployment and Mental Health. In: G. Keita & S. Sauter (Hrsg.). *Stress in the 90s*. Washington, D.C.
- Vuille, J.-C., Carvajal, M. I., Casaulta, F. & Schenkel, M. (2004). *Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen und was die Menschen davon spüren*, Zürich.
- Vuori J. et al. (2002). The Tyohon job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 5-19.
- Wanner, P. (2004). *Migration und Integration. Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel, www.bfs.admin.ch Download 16.8.2005.

- Wanner P. et al. (2004). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Neuchâtel, <http://www.bfs.admin.ch> Download 15.8.2005.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: A. E. Kazdin (Hrsg.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, pp. 224-240.
- Weiss, J. A. & Ilmarinen, J. (2005). Arbeitsfähig trotz zunehmendem Alter? *managed care*, 4, 18-20.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migranten und Migrantinnen*, Zürich.
- Wettstein, F. (2004). *Lesehilfe zum Buch «Leitbegriffe der Gesundheitsförderung»*. Brugg, FHA Nordwestschweiz (unveröffentlichtes Manuskript).
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*, Baden-Baden.
- WHO. (1996). *Mental health of refugees*. Geneva.
- WHO. (2000a). *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2000b). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva.
- WHO. (2000c). *mental health Global Action Programme mhGAP. Close the Gap, Dare to Care*. Geneva.
- WHO. (2001a). *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.
- WHO. (2001c). *Burden of Disease*. Geneva.
- WHO. (2002). 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. *Health & Human Rights Publication Series*, 1(July 2002).
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health*, Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2005a). *Gender and women's mental health. Gender disparities and mental health: The Facts*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2005b). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2005c). *Förderung der psychischen Gesundheit und Verhütung psychischer Störungen. Info der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki 2005*. www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German Download 20.2.2005.
- WHO & World Federation of Neurology. (2004). *Atlas. Country Resources for Neurological Disorders*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO Europa. (2004). *Psychische Gesundheit und Arbeitsleben*. Kopenhagen.
- WHO European Ministerial Conference. (2005a). Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions*, 12-15 January 2005, Helsinki, www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German, download 20.3.2005.
- WHO European Ministerial Conference. (2005b). Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions*, 12-15 January 2005, Helsinki, www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German, download 20.3.2005.
- Widmer, R. (2004). Behinderung und ihre vielfältigen Facetten. In: C. Suter, I. Renschler & D. Joye (Hrsg.). *Sozialbericht 2004*. Zürich, pp. 175-196.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003) (Hrsg.). *Social Determinants of Health. The Solid Facts. Second Edition*. Copenhagen, WHO, <http://www.who.dk/document/E81384.pdf> Download 12.7.2005.
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG. (2004). *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention – im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (unveröffentlichtes Manuskript)*.
- Wydler, H., Kolip, P. & Abel, T. (2000) (Hrsg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. München.
- Wyss, E. (2004). *Faktenblatt 3: Zahlen zur häuslichen Gewalt*. Bern, www.equality-office.ch Download 17.8.2005.
- Wyss, E. (2005a). *Gegen häusliche Gewalt. Interventionsprojekte in den Kantonen St. Gallen und Appenzell Ausserrhodens: Erste Erfahrungen mit der Umsetzung der polizeilichen Wegweisung*. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.

Wyss, K. (2005b). *Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte»*. Neuchâtel. *Arbeitsdokument 11*, Schweiz. Gesundheitsobservatorium.

Young, B. H., Ford, J. D. & Watson, P. J. (o.J.). *Mental-Health Intervention for Disasters. A National Center for PTSD Fact Sheet*. www.ncptsd.va.gov/facts Download 8.6.2005.

Zapf, D. (1999). Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, 1-25.

Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: H. Schuler (Hrsg.). *Organisationspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie)*. Göttingen, pp. 1007-1112.

Zeier, H. (1997). *Biofeedback. Physiologische Grundlagen – Anwendung in der Psychotherapie*, Bern.

Zermatten, J. (2004). A la Santé des Enfants! Evolution des droits de l'enfant et du droit à la santé. In: P. Perrig-Chiello & H. B. Stähelin (Hrsg.). *La Santé. Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne, pp. 49-60.