

Est-il plus favorable pour la santé de travailler le plus longtemps possible ou d'être à la retraite ? A cette question simple, nous avons constaté qu'il n'existe pas une seule réponse, ni de solutions simplistes. Afin d'éclairer ces questions complexes, cet ouvrage analyse les données issues de plus de 100 publications scientifiques et fournit des exemples de bonnes pratiques.

En tout état de cause, des solutions existent pour juguler les risques, pour maintenir et promouvoir santé et qualité de vie après 50 ans en Suisse. Ces pistes sont exposées en détail dans cette brochure.

La publication est enrichie des préfaces du Pr Alberto Holly et du Dr Ralph Steinmann, ainsi que par des illustrations de Lucie Ryser.



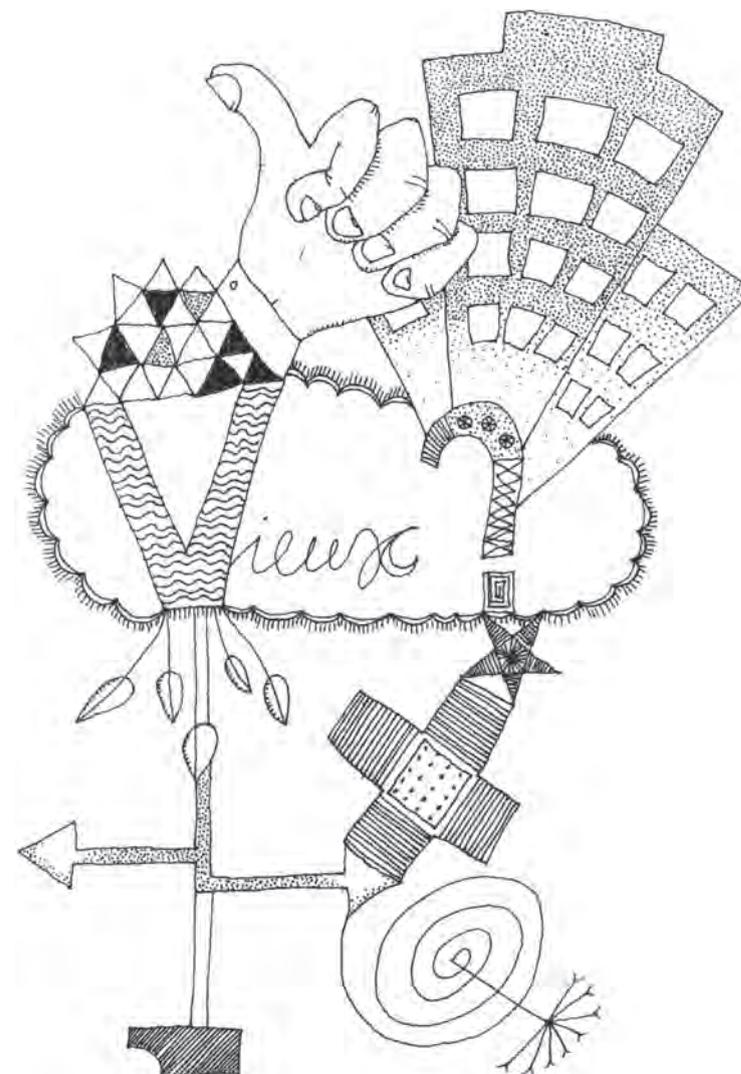
FONDATION CHARLOTTE OLIVIER

TRAVAIL RETRAITE SANTÉ - revue de la littérature et état des lieux

FONDATION CHARLOTTE OLIVIER

TRAVAIL RETRAITE SANTÉ

Revue de la littérature et état des lieux



**TRAVAIL
RETRAITE
SANTÉ**

Revue de la littérature et état des lieux



FONDATION CHARLOTTE OLIVIER

AUTEURES :

Jacqueline De Puy Leistner, sociologue, chercheure à la Fondation Charlotte Olivier.

D^r Marie-Claude Hofner, présidente de la Fondation Charlotte Olivier, médecin associée au DUMSC / CHUV.

PRÉFACES :

Pr Alberto Holly, professeur à l'Institut d'études en économie et management de la santé (IEMS).

D^r Ralph Steinmann, senior manager, Promotion de la santé en entreprise et Projets novateurs, Promotion Santé Suisse.

ILLUSTRATIONS ET CONCEPTION GRAPHIQUE :

Lucie Ryser www.benitoandco.ch

Photographies :

Fonds Charlotte Olivier, Cabinet des manuscrits, BCU-Lausanne.

Avec le soutien de :



Promotion Santé
Suisse



Edition Fondation Charlotte Olivier ©

Regina Mundi

Rue P.-A. Faucigny 2

1700 Fribourg

WWW.FCHO.CH

Fribourg, 20 janvier 2012, 1^{re} édition

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent tout d'abord à toutes les personnes qui nous ont accordé un entretien, se sont montrées disponibles et intéressées par le thème de cette étude :

Guy Bovey (directeur, AvantAge, Lausanne) ; Alberto Holly, professeur à l'Institut d'études en économie et management de la santé (IEMS) – qui a également eu l'obligeance d'écrire une préface à cette brochure et a relu notre manuscrit ; Karine Moschetti et Thomas Lufkin, chercheur-e-s à l'IEMS ; Magdalena Rosende et Céline Schoeni, chercheuses dans le cadre du projet EGALISE - L'égalité des seniors en emploi, mené à l'Université de Lausanne ; Béatrice Steiner, chercheuse dans le cadre du projet « le bénéfice de l'âge », mené à l'Université de Lausanne ; Boris Wernli, chef de l'Unité Enquêtes au Centre de compétences suisse en sciences sociales (FORS) ; Marie-Christine Willemin, animatrice de « Cercles de Legs » en Suisse ; Marion Zwygart, animatrice de proximité, Pro Senectute Vaud ; Claudio Bolzman, professeur à la Haute école de travail social à Genève.

Nous sommes également redevables à plusieurs personnes qui ont relu des premières versions du document et y ont contribué par de précieuses suggestions : Patrick Gomez, chef du groupe Ergonomie et psychophysiologie à l'Institut universitaire romand de Santé au Travail ; Adriano Previtali, professeur de droit social et de droit public à l'Université de Fribourg et membre du conseil de la Fondation Charlotte Olivier ; Ralph Steinmann, senior manager, Promotion de la santé en entreprise et Projets novateurs, Promotion Santé Suisse, qui a également aimablement préfacé ce document.

Isabelle Evéquoze Diethelm, administratrice de la Fondation Charlotte Olivier, a apporté un soutien logistique précieux et Lucie Ryser, graphiste, a mis ses talents de graphiste et d'illustratrice au service de ce projet.

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien de la Fondation Charlotte Olivier, de Promotion Santé Suisse, du Centre universitaire romand de médecine légale, Lausanne, de la Loterie Romande et de la Fondation Leenaards.

PRÉFACE D'ALBERTO HOLLY / 8
PRÉFACE DE RALPH STEINMANN / 12
LA FONDATION CHARLOTTE OLIVIER / 14

1. POURQUOI S'INTÉRESSER AU LIEN ENTRE TRAVAIL, RETRAITE ET SANTÉ ? / 16

Travail / 17
Santé et travail / 17
Santé et retraite / 19

2. QUELQUES JALONS MÉTHODOLOGIQUES / 20

Revue de la littérature / 21
Entretiens et participation à des formations et congrès / 22
Groupes cible / 23
Organisation du projet / 24

3. TRAVAIL, RETRAITE ET SANTÉ : POUR LE MEILLEUR OU POUR LE PIRE ? / 26

3.1. BIEN-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE / 26

3.1.1. QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES 50+ EN SUISSE ET EN EUROPE / 27

Données suisses / 27
Données européennes / 29

3.1.2. QUALITÉ DE VIE À LA RETRAITE / 31

3.2. MORTALITÉ / 33

3.3. MORBIDITÉ / 35

3.3.1. LES ATTEINTES PHYSIQUES LIÉES AU TRAVAIL APRÈS 50 ANS / 35

3.3.2. LES ATTEINTES PSYCHIQUES LIÉES AU TRAVAIL APRÈS 50 ANS /37

3.3.3. LES ATTEINTES PHYSIQUES LIÉES À LA RETRAITE /38

3.3.4. LES ATTEINTES PSYCHIQUES LIÉES À LA RETRAITE /40

3.3.5. LES INTERACTIONS ENTRE DIFFÉRENTS FACTEURS /42

3.4. QUE FAIRE ? /45

3.4.1. OFFRES EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ /45

3.4.2. STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LA POLITIQUE
ET LES INSTITUTIONS /51

3.4.3. POTENTIEL SOCIAL ET ENGAGEMENT FAVORABLES À LA SANTÉ /55

3.4.4. COMPÉTENCES INDIVIDUELLES FAVORABLES À LA SANTÉ /57

3.5. RÉCAPITULATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS /59

3.5.1. QUEL EST L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES LIENS
ENTRE «TRAVAIL VERSUS RETRAITE», VIEILLISSEMENT ET SANTÉ ? /59

3.5.2. QUELS MODÈLES ET MODALITÉS DE TRAVAIL SE SONT-ILS AVÉRÉS
BÉNÉFIQUES POUR LA SANTÉ APRÈS 50 ANS ? /61

3.5.3. QUELLES DIFFÉRENCES SONT À PRENDRE EN COMPTE ? /61

3.5.4. QUELLE EST L'INCIDENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES, DU SYSTÈME
DE SÉCURITÉ SOCIALE, DES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL ? /62

3.5.5. QUELLES BONNES PRATIQUES ONT-ELLES DÉJÀ FAIT LEURS PREUVES ?
QUELLES SERAIENT LES ACTIONS ET MESURES PRIORITAIRES
À METTRE EN PLACE EN SUISSE, DANS UNE PERSPECTIVE
DE SANTÉ PUBLIQUE ? /62

QUELLES PRIORITÉS ? / 64

La société, la politique / 65

Le cadres de vie / 66

Les organisations / 67

Les groupes de personnes / 67

Les individus / 68

RÉFÉRENCES CITÉES / 70

PRÉFACE

M. ALBERTO HOLLY

Professeur honoraire à l'Université
de Lausanne
Institut d'économie et management
de la santé (IEMS)

L'ouvrage de Mesdames Jacqueline de Puy et Marie-Claude Hofner examine des questions fondamentales concernant les liens entre travail et santé dans un contexte de changements démographiques et épidémiologiques profonds dans les pays industrialisés. En effet, au stade actuel de la transition démographique (où les taux de natalité et de mortalité sont faibles), nous assistons à une augmentation rapide de l'espérance de vie, ou encore de la longévité. De plus, il est généralement admis que les personnes vivent non seulement plus longtemps, mais aussi en meilleure santé, en moyenne. Cette augmentation générale de la longévité en bonne santé aura un impact profond dans divers domaines économiques, politiques et sociaux. Dans ce contexte, les liens entre travail et santé sont particulièrement importants à examiner.

Les économistes étudient le plus souvent ces liens de causalité bidirectionnels à travers le revenu ou la fortune des individus. Toutefois, il existe de nombreuses autres dimensions dans les relations entre santé et travail, en rapport notamment avec la qualité de vie dont la santé et le travail figurent parmi les composantes essentielles.

Parmi les principales questions de recherche auxquelles les auteures s'intéressent dans cet ouvrage figurent les suivantes : « Est-il plus favorable pour la santé de travailler le plus longtemps possible ou d'être à la retraite ? À quel âge, pour qui, dans quelles conditions ? » L'un des mérites des auteures est de s'être intéressées à ces questions concernant des problèmes émergents, dans le contexte des changements décrits plus haut, alors qu'elles

n'ont pas été étudiées jusqu'à présent de manière aussi étendue et approfondie.

La démarche de Mesdames De Puy et Hofner a consisté à chercher à identifier des réponses à ces questions en effectuant une synthèse des résultats publiés dans des travaux scientifiques. L'ouvrage qui en résulte est un document de recherche original et très solide car orienté vers la prise de décision et l'action fondées sur les preuves dans le domaine de la santé publique.

Un grand nombre des publications scientifiques analysées dans cet ouvrage ont pour base les données de l'étude SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, voir <http://www.share-project.org>). Cela est naturel car, rappelons-le, l'étude longitudinale SHARE, menée tous les deux ans depuis 2004, vise à recueillir des données représentatives de la situation socio-économique et de la santé de la population des pays partenaires âgée de plus de 50 ans. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur la santé (état de santé subjectif, statut physique et cognitif, utilisation des services de santé, etc.), la psychologie (santé psychique, bien-être, etc.), le statut socio-économique (activité professionnelle, âge de la retraite, histoire professionnelle, sources de revenu, éducation, etc.), et le statut social (support familial, transfert de revenu, réseau social, utilisation du temps, etc.). Les données de l'enquête SHARE sont très riches et sont à la base de nombreuses publications interdisciplinaires dont un grand nombre sur le lien entre travail, retraite et santé. Les auteures ont également fondé leur travail sur des travaux de chercheurs renommés utili-

sant d'autres types de données.

Les réponses aux questions de recherche examinées par Mesdames De Puy et Hofner ainsi identifiées sont d'une grande richesse. Il n'est guère possible de les résumer en quelques lignes, et nous laissons le lecteur les découvrir avec grand profit. Nous aimerions néanmoins signaler que plusieurs dimensions intéressantes du lien entre travail et santé, autres que le revenu, ont été mises en évidence dans cet ouvrage. Il s'agit notamment du lien entre santé et qualité de vie au travail qui s'articule autour du contrôle, de l'autonomie, de la réalisation de soi et du plaisir dans le contexte du travail. De plus, les travaux constatent des disparités en fonction du genre quant aux facteurs qui influencent la perception de la qualité de vie au travail.

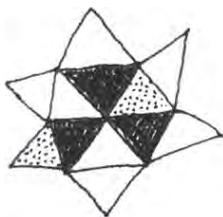
Sur la base des réponses ainsi identifiées dans les travaux scientifiques, les auteures proposent plusieurs actions fondées sur les preuves dans une perspective de santé publique qui méritent d'être connues et largement diffusées. Nous aimerions cependant relever qu'elles peuvent être regroupées en deux types d'actions : celles qui relèvent de la responsabilité individuelle et celles qui s'appuient sur des changements « environnementaux » dans les domaines de la politique et des institutions, ces dernières actions étant sans doute plus importantes que les premières dans une perspective de santé publique. Par exemple, l'amélioration de la qualité de vie au travail peut dans certaines circonstances être obtenue à travers un perfectionnement du contrôle individuel sur l'environnement au travail et sur la possibilité de progression personnelle. Toutefois,

pour que cela soit possible, il est nécessaire d'agir au niveau des entreprises et des institutions en mettant en place diverses formes de systèmes de valorisation que les auteures mettent bien en évidence.

Cet ouvrage servira de référence pour ceux qui veulent approfondir les questions relatives aux relations entre travail et santé. Il recense dans la littérature scientifique des réponses à des questions très importantes mais identifie également des lacunes. En ce sens, il ouvre des perspectives intéressantes au lecteur en mettant en évidence le besoin de nouvelles recherches visant à combler certaines de ces lacunes, ce qui constitue un défi très intéressant à relever.

La société ne perçoit pas encore suffisamment l'impact profond de l'augmentation générale de la longévité en bonne santé dans divers domaines, notamment à travers les rapports entre travail et santé. Les institutions mettent du temps à réagir à cette situation nouvelle qui se développe très rapidement. Il est nécessaire que plusieurs voix alertent les responsables car des défis importants vont se présenter dans les prochaines décennies. Il est urgent d'agir et de rattraper le temps perdu.

Lausanne, le 15 novembre 2011



PRÉFACE

M. RALPH M. STEINMANN

D^r phil. MAS, Senior Manager,
Promotion Santé Suisse

La présente brochure représente un travail important qui contribuera à guider les politiques et les pratiques de promotion de la santé en lien avec le vieillissement au travail et la retraite. Cet ouvrage mérite donc une large diffusion : auprès des décideur-e-s et des institutions politiques, des syndicats, des chef-fe-s d'entreprises des PME ; des responsables RH des grandes entreprises.

Cette étude offre une synthèse convaincante des connaissances scientifiques actuelles disponibles dans le contexte européen utilisant des sources en français, en anglais et même en allemand et en italien. L'état de l'art est complété par des exemples de bonnes pratiques et enrichi par une interprétation pertinente et des propositions adéquates des auteures. La « valeur ajoutée » de cette étude, tient à mon sens aux aspects suivants :

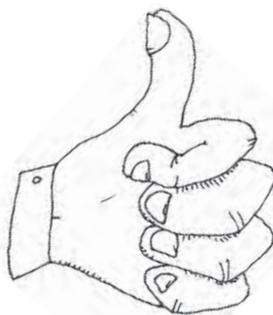
- » L'étude suit une approche scientifique rigoureuse, basée sur l'évidence, complétée par des entretiens avec des expert-e-s sélectionné-e-s et le suivi de congrès. Malgré la complexité du sujet, le texte offre une synthèse facile à lire et bien structurée des connaissances les plus importantes sur le thème. Elle est donc accessible à un vaste public.
- » On y trouve un bon équilibre entre données suisses et européennes. Les travaux suisses et européens les plus importants dans le champ d'étude ont été intégrés, mais les auteures relèvent aussi les lacunes des connaissances.
- » L'originalité du texte tient dans la prise en compte de deux phases de vie (la der-

nière phase de la vie professionnelle et la première phase active de la retraite) et la transition de l'une à l'autre, qui est bien souvent un facteur de vulnérabilité. En outre, ce passage est important pour les seniors, mais aussi pour la société et l'économie en général.

- » L'étude considère les déterminants de la santé des seniors dans une approche intégrée, qui relève à juste titre l'importance des facteurs structurels et de leur évolution.
- » L'étude pose les bonnes questions et indique des pistes de solutions appropriées, assorties d'exemples de bonnes pratiques bien choisies. La formule des Cercles de Legs, notamment, paraît prometteuse.
- » Le chapitre 3.5.4. relève un aspect spécialement important, celui des savoirs et savoir-faire des seniors, qui représentent un grand potentiel trop peu valorisé et sous-utilisé.

Cette brochure s'appuie principalement sur une revue de la littérature. Il me paraît indispensable qu'elle débouche sur une enquête participative auprès des seniors, afin d'approfondir leurs besoins, leurs ressources et leur point de vue sur les questions importantes traitées ici.

Berne, le 15 novembre 2011



LA FONDATION
CHARLOTTE OLIVIER



23 octobre 1917, Charlotte Olivier examine une patiente

«Seules la coopération et la coordination de toutes les forces assureront la victoire...»

Charlotte Olivier, 1912, à propos de la lutte contre la tuberculose

Les problèmes de santé auxquels nous sommes actuellement confrontés sont des problèmes complexes et multifactoriels. Les solutions à ces problèmes sont donc du ressort de nombreux professionnels de secteurs différents, qui doivent collaborer s'ils veulent mettre en œuvre des programmes de prévention et de promotion de la santé efficaces.

Or s'il existe de nombreux outils qui peuvent aider à la planification des programmes interdisciplinaires et intersectoriels, l'implantation de ces programmes n'est souvent pas aisée.

L'un des problèmes rencontrés est le choix de l'institution d'accueil du projet. En effet, les résistances à collaborer sont parfois renforcées lorsque par exemple des « sociaux doivent aller chez les soignants », lorsque des « non académiques doivent aller chez des académiques » ou lorsque les « fonctionnaires d'une direction sont accueillis dans les locaux d'une autre ».

Dans cette perspective, les membres fondateurs ont souhaité mettre à disposition des projets interdisciplinaires et intersectoriels, un soutien efficace dans un lieu d'accueil indépendant des appartenances professionnelles, disciplinaires et institutionnelles.

La FCHO a assuré ce service depuis maintenant 14 ans à plus de 30 partenaires. Chaque projet est autonome financièrement et rétribue les services de la FCHO. Il est au

bénéfice d'une comptabilité propre. Un parrain/marraine membre du Conseil de Fondation répond du projet vis-à-vis de celui-ci et vérifie la bonne utilisation des fonds.

La FCHO est une fondation de droit privé soumise annuellement au contrôle du Département Fédéral de l'Intérieur.

Plus d'informations sur www.fcho.ch

1. POURQUOI S'INTÉRESSER AU LIEN ENTRE SANTÉ, TRAVAIL ET RETRAITE ?

Est-il plus favorable pour la santé de travailler le plus longtemps possible ou d'être à la retraite ? A quel âge, pour qui, dans quelles conditions ? L'allongement de l'espérance de vie en bonne santé et le financement des retraites soulèvent des défis sociaux, politiques et économiques. Pourtant, dans les débats actuels, un état des lieux en termes de santé publique de l'alternative « travail versus retraite » faisait encore défaut. C'est donc sous cet angle que nous avons entrepris une synthèse des connaissances scientifiques, telle qu'elle est restituée dans les pages qui suivent.

Notre propos principal ici n'est pas de mettre en évidence « ce que les employé-e-s âgé-e-s peuvent faire pour l'entreprise ». D'autres publications ont abordé ce sujet et montré que cette catégorie de travailleurs et travailleuses mérite d'être (mieux) valorisée sur le marché du travail et proposent des mesures de gestion de l'âge dans les entreprises (Steinmann, 2008 ; Union Patronale Suisse, 2006 ¹). Les avantages pour les entreprises d'employer des « seniors », même au-delà de l'âge de la retraite, ont été démontrés. Elles et ils représenteront, semble-t-il, un « or gris » pour les employeurs lorsque la main-d'œuvre qualifiée plus jeune viendra à manquer, voire une ressource pour le financement de l'AVS (Comina, 2006). Le thème de l'emploi des 'seniors' a

■ 1 On trouve sur le site de Promotion Santé Suisse divers outils concrets à l'usage des entreprises pour la gestion des âges, voir http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/arbeit_alter.php

fait l'objet de publications et d'échos dans les médias entre 2000 et 2008. Puis, sans doute en lien avec la conjoncture économique défavorable, a été quelque peu laissé de côté. Cependant, il reviendra inévitablement à l'ordre du jour de même que les projets de réforme du système de retraite (Burdorf, van den Berg, Avendano, Kunst, & Mackenbach, 2008).

Rappelons que la Suisse est déjà à la pointe en ce qui concerne le travail des 'seniors'. En comparaison européenne c'est le pays qui compte le plus grand taux d'hommes entre 50-64 ans exerçant une activité lucrative (environ 80%). Le pourcentage de femmes actives professionnellement (environ 60%) est également plus élevé que le reste de l'Europe, à l'exception de la Suède (Burdorf et al., 2008).

Avant d'entrer dans le vif du sujet, examinons ce que recouvrent les termes de travail, santé et retraite. Ces notions qui peuvent paraître évidentes sont en réalité dépendantes du contexte historique et social dans lesquels elles sont utilisées.

Travail

Selon le Grand Robert de la langue française en ligne (version 2.1) ², le travail présente l'« ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire ou de contribuer à produire ce qui est utile ou jugé tel ». Au cours du 20^e siècle, le monde du travail dans les sociétés industrielles occidentales a subi de multiples transformations. On est notamment passé d'un « monde centré sur

■ 2 Consulté le 18.5.2011 : <http://gr.bvdep.com/gr.asp>

le travail », d'une organisation prévisible et administrée par en haut (Taylorisme) à des modalités de production centrées sur la demande, nécessitant une adaptation permanente à un environnement changeant (post-Taylorisme) ³. Parallèlement, les aspirations à l'égard de l'activité professionnelle se sont orientées vers l'épanouissement personnel : « Dans le travail, on ne veut pas agir comme tout le monde, mais comme une personne avec ses capacités, compétences et talents spécifiques (...). De plus en plus, le travail doit être vécu ou au moins considéré comme une vocation ou une mission. On appelle ce processus la subjectivation du travail » (Danuser & Monin, 2009, p.14).

Santé et travail

La Charte d'Ottawa de 1986, devenue la référence en matière de promotion de la santé, stipule que « l'évolution des modes de vie, de travail et de loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé doit engendrer **des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables** ⁴ » (1^{re} Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, 1986). Soulignons que la législation suisse fournit des bases allant dans la même direc-

■ 3 Notes prises par J. De Puy lors de la conférence de P. Davezies, le 24.11.2010 au Master of advanced studies en santé au travail, IST, Lausanne.

■ 4 Les textes en caractère gras sont mis en évidence par nous.

tion, puisque la Loi sur le Travail stipule que le travail ne devrait pas porter atteinte à la santé et que les textes officiels (voir ci-dessous) se réfèrent explicitement à la définition élargie de la santé au sens de l'OMS.

Commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail en Suisse.

Chapitre premier : Dispositions générales.
Art. 2 Principe 6. « La protection de la santé – physique et psychique – est un devoir commun des travailleurs et de l'employeur. La responsabilité de ce dernier couvre les facteurs liés au travail et influençant la santé. **L'employeur a la responsabilité d'assurer que les travailleurs ne subissent aucune atteinte à leur santé physique et psychique au poste de travail. Par santé, on entend, par analogie avec la définition de l'OMS de 1948, non seulement une absence de maladie, mais également un bien-être psychique, physique et social.** »

Dès lors, si le travail répond à ces conditions, et qu'on peut rester en bonne santé jusqu'à un âge avancé, pourquoi s'arrêter de travailler ? Sans doute parce que la réalité du monde du travail est encore éloignée de ces principes.

Paradoxalement, la réalité globalisée dans les sociétés industrialisées en ce début de 21^e siècle est marquée par une montée de la souffrance psychique et une explosion des troubles musculo-squelettiques au travail. En Suisse, parmi les risques physiques pour la santé occasionnés par l'activité professionnelle, les

■ 5 Source : SECO - <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/02747/index.html?lang=fr>

risques ergonomiques sont les plus fréquents : la moitié des employé-e-s doit faire des mouvements répétitifs, 1/3 est contraint à des positions douloureuses ou fatigantes, 1/5 doit soulever ou déplacer des charges lourdes. Les risques biologiques, chimiques ou dus aux radiations sont moins fréquents (moins de 20%) mais sont loin d'être négligeables. Quant aux risques liés aux bruits et températures extrêmes, ils touchent 25% des hommes et 16% des femmes. La prévalence des risques psychosociaux est globalement plus élevée que celle des risques physiques, et concerne particulièrement le fait d'être constamment concentré-e (hommes : 56%, femmes : 47%), et manquer de temps pour terminer son travail (hommes : 50%, femmes : 40%), ne pas pouvoir mettre ses propres idées en pratique dans son travail (hommes : 35%, femmes : 43%), ne pas pouvoir prendre une pause quand elle ou il le souhaite (hommes : 36%, femmes : 50%) (Marquis, 2010 pp 79-80).

Les transformations du contexte social et économique se sont traduites par une intensification du travail. Une individualisation des tâches fragilise les individus et diminue le soutien social qui émanait traditionnellement des collectifs. De plus, les exigences du marché génèrent deux injonctions contradictoires pour les entreprises et le personnel : d'un côté, satisfaire le plus grand nombre de client-e-s, de l'autre côté, il est nécessaire de « bâcler » le travail pour tenir le rythme 6.

■ 6 Notes prises par J. De Puy lors de la conférence de P. Davezies, le 24.11.2010 au Master of advanced studies en santé au travail, IST, Lausanne.

Or, le travail et l'environnement de travail sont des déterminants importants de la santé (OMS, 2008), et qui plus est la qualité du travail module des aspects importants de l'existence. Les travaux scientifiques de Karasek ont effectivement montré que les emplois caractérisés à la fois par des demandes importantes et une latitude décisionnelle faible étaient nocifs pour la santé, engendrant une morbidité liée au stress (Karasek 1979, 1990 cité dans Joyce, Pabayo, Critchley & Bambra, 2010).

Dans ces conditions, comment avancer en âge au travail – et au-delà de la retraite – sans succomber à l'usure physique ou psychique, alors même que les aspirations à la réalisation de soi dans son activité professionnelle n'ont peut-être jamais été aussi fortes ?

Santé et retraite

Historiquement, le droit à la retraite est relativement récent en Suisse. C'est en 1944 que les Chambres fédérales ont décidé d'entrer en matière sur l'introduction d'une rente de vieillesse dès 65 ans. Le 6 juillet 1947, le financement de l'AVS a été accepté par le peuple, et la loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1948 (OFAS, 2010).

A l'origine, la retraite était conçue comme un repos mérité et nécessaire après une vie de labeur, au moment où les personnes âgées n'étaient plus en mesure de subvenir à leurs besoins par le travail. Cette période n'était pas destinée à durer au delà d'une dizaine d'années, étant donné que l'espérance de vie au-delà de 65 ans était de 10 ans en 1945 (Office fédéral de la statistique, 2009). Aujourd'hui,

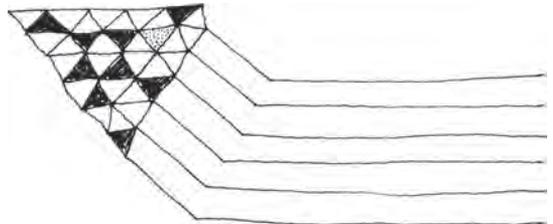
les données ont changé. Les limites du grand âge, où l'on devient dépendant-e, ont reculé. Les représentations sociales de la retraite ont alors évolué. Une enquête française montre que les images associées à la retraite sont très positives. A la vision traditionnelle du « repos bien mérité », s'ajoutent des notions plus actives et dynamiques : celles d'« une occasion de s'engager dans de nouvelles activités ou de faire ce qu'on n'a pas eu le temps de faire avant » ou « une période où on ne risque ni de s'ennuyer, ni de souffrir de solitude, ni de se sentir inutile » (Gollac & Baudelot, 2002). Mais dans les faits, le temps de retraite correspond-il à ces attentes, et dans l'affirmative, pour qui ?

Les dernières années de vie professionnelle et le passage à la retraite sont des moments particulièrement révélateurs pour évaluer les effets cumulés du travail sur la santé. Quant à la retraite en soi, qu'elle soit désirée ou redoutée, elle implique une réorganisation de l'existence dont on sous-estime souvent le retentissement, entre autre sur la santé.

2. QUELQUES JALONS MÉTHODOLOGIQUES

Dans les lignes qui suivent, la méthodologie et le déroulement des travaux réalisés sont restitués. Les données récoltées avaient pour but d'apporter des réponses basées sur l'évidence aux questions de départ suivantes :

- » Quel est l'état des connaissances sur les liens entre « travail versus retraite », vieillissement et santé ? Plus particulièrement, en quoi et de quelle manière une activité professionnelle peut-elle contribuer à maintenir ou au contraire péjorer la santé après 50 ans, 60 ans, 70 ans ?
- » Quels modèles et modalités de travail se sont-ils avérés bénéfiques pour ces tranches d'âges ?
- » Quelles différences sont à prendre en compte, notamment en fonction de l'activité exercée et de la place dans la profession, du parcours et du style de vie, de l'origine socioculturelle, du capital social, du genre, de l'état de santé, etc ?
- » Quelle est l'incidence des politiques publiques, du système de sécurité sociale, des formes d'organisation du travail ?
- » Quelles bonnes pratiques ont-elles déjà fait leurs preuves ?
- » Quelles seraient les actions et mesures prioritaires à mettre en place en Suisse, dans une perspective de santé publique ?



Revue de la littérature

La méthode de recherche systématique de références selon la collaboration Cochrane (organisation reconnue pour la qualité de ses revues systématiques dans le domaine des soins et de la santé) a été utilisée pour définir ce qu'on appelle une « équation de recherche PICO », dans laquelle on définit une Population (les plus de 50 ans), une « Intervention » (travail), une « Comparaison » (retraite) et un « Outcome » (santé). A l'aide des mots-clés correspondant à chaque niveau, des recherches bibliographiques ont été entreprises dans les bases de données Pubmed/Medline, Psychinfo et Francis, ainsi que sur les sites spécialisés en santé au travail, tels que l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS, France) ou L'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST, Canada). Des ouvrages cités dans les bibliographies des documents ont également été sélectionnés. La documentation produite dans le programme 50+ santé (disponible sur le site www.50plussante.ch), ainsi que d'autres publications disponibles en ligne, ont également été prises en compte.

Il est apparu assez rapidement que notre principale « mine » de données est constituée par les résultats de l'enquête longitudinale SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe).

Cette étude ¹ présente les avantages suivants :

- » L'enquête porte précisément sur la catégorie de population qui nous intéresse : les plus de 50 ans en Europe (Suisse incluse) et porte spécifiquement sur le thème de la santé et la qualité de vie ;
- » Les résultats sont validés sur de larges échantillons représentatifs de chaque pays ;
- » Des comparaisons sont possibles entre la Suisse et d'autres pays européens.

Il s'agit de données longitudinales, récoltées tous les 2 ans depuis 2004. Cela per-

■ 1 En Suisse, l'étude est menée conjointement par l'Institut pour l'Economie et le Management de la Santé et la Fondation Suisse pour la Recherche en Sciences Sociales à Lausanne. « L'objectif de l'étude est de constituer un panel biennal européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. Réalisée en 2004, la première vague d'enquête comptait 11 pays participants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse, France. Ces 11 pays européens ont été rejoints, en 2006 pour la seconde vague, par : la Pologne, la République Tchèque et l'Irlande. La troisième vague de SHARE - 2008/2009, intitulée SHARE-LIFE, a pour but de collecter des informations rétrospectives sur les histoires de vie dans 16 pays avec la Slovénie comme nouveau membre » (<http://www.unil.ch/share>).

met de mieux analyser l'évolution de phénomènes et d'envisager d'éventuelles relations de cause à effet, ce que des données transversales (récoltées à un seul moment) n'indiquent pas. Les résultats des trois premières vagues (2004, 2006 et 2008) ont déjà donné lieu à de nombreuses publications scientifiques. Parmi plus de 200 publications basées sur l'étude SHARE, nous en avons sélectionné une trentaine, qui se sont avérées les plus pertinentes à nos questions de recherche. Les travaux portant sur la qualité de vie des personnes âgées nous ont paru particulièrement innovateurs (Hyde, Wiggins, Higgs, & Blane, 2003; Schnalzenberger, Schneeweis, & Zweimüller, 2008; Siegrist & Wahrendorf, 2008; Siegrist, von dem Knesebeck, & Wahrendorf, 2005; Wahrendorf, von dem Knesebeck, & Siegrist, 2008).

Deux autres sources importantes d'information sont constituées par des revues existantes de la littérature scientifique. Nous avons retenu :

- » Une revue systématique de 179 publications réalisée par Crawford et collègues, à l'Institut de médecine du travail à Edinbourg en 2009 sur le thème de la santé, la sécurité et les besoins en promotion de la santé des travailleurs et travailleuses âgé-e-s (Crawford, Graveling, Cowie, Dixon, & MacCallman, 2009).
- » Une revue systématique par Joyce et collègues (Joyce, Pabayo, Critchley, & Bambra, 2010) (Universités de Durham, UK; Université de Montréal, Canada et Université de Newcastle, UK). Le thème en est les conditions de travail flexibles et leurs effets sur la

santé et le bien-être des employés. La revue a été réalisée dans 12 bases de données selon la méthode Cochrane en juillet 2009. Nous nous sommes intéressés particulièrement aux données sur la retraite flexible.

D'autres publications ont été identifiées par des recherches dans des bases de données en ligne, p.ex. European Journal of Ageing; Société d'ergonomie de langue française (SELF); Office fédéral suisse de la statistique et Office fédéral suisse des assurances sociales.

Entretiens et participation à des formations et congrès

Des entretiens ont été menés avec des personnes-ressources, afin de recueillir des exemples de bonnes pratiques qui ont déjà fait leurs preuves en Suisse, et de connaître des études scientifiques en cours. Les personnes suivantes ont été interviewées chacune pendant environ une heure :

- » M. Guy Bovey, directeur d'AvantAge, un programme développé par Pro Senectute et destiné aux entreprises, offrant des prestations centrées sur les collaborateurs âgé-e-s (www.fr.avantage.ch).
- » M^{me} Marie-Christine Willemin, animatrice de « Cercles de Legs » en Suisse romande (<http://cercledelegs.com>). Un Cercle de legs est un espace de réflexions et d'échanges regroupant de 6 à 12 personnes qui se situent au 3^e tiers de leur vie active au travail.
- » M^{me} Marion Zwygart, animatrice de proximité, Pro Senectute Vaud, à propos du travail social communautaire mené dans plusieurs communes vaudoises (<http://>

www.vd.pro-senectute.ch/cours-formation/projets.html).

- » Dr Boris Wernli, chef de l'Unité Enquêtes au Centre de compétences suisse en sciences sociales FORs (www.unil.ch/fors), à propos de l'étude SHARE en Suisse.
- » Pr Alberto Holly, Institut d'études en économie et management de la santé (IEMS); ainsi que deux de ses collaborateurs : Karine Moschetti et Thomas Lufkin, à propos de l'étude SHARE en Suisse. (<http://www.share-project.org>).
- » Dr Magdalena Rosende et Dr Céline Schoeni, chercheuses dans le cadre du projet EGALISE - L'égalité des seniors en emploi, mené à l'Université de Lausanne dans le cadre du PNR 60 sous la direction de la Pr Nicky Le Feuvre. (http://www.nfp60.ch/F/projets/travail_organisations/egalite_seniors_emploi_egalise/Pages/default.aspx).
- » M^{me} Béatrice Steiner, chercheuse dans le cadre du projet « le bénéfice de l'âge », mené à l'Université de Lausanne sous la direction du Pr René Knüsel. (http://www.unil.ch/webdav/site/vei/shared/benefice_age.pdf).
- » M. Claudio Bolzman, professeur à la Haute école de travail social à Genève, a été consulté sur la question des migrant-e-s âgé-e-s.

En outre, la chercheuse a participé à une journée de travail sur la santé des plus de 50 ans dans l'administration cantonale fribourgeoise (25 mai 2010), au Congrès de Promotion Santé Suisse sur la santé en entreprise (Fribourg, 2 septembre 2010), à une conférence sur la « psychodynamique et psychopa-

thologie du travail » donnée par M. Philippe Davezies, enseignant-chercheur en médecine et santé au travail à l'Université Claude Bernard Lyon I, le 24 novembre 2010. Le 15 février 2011, elle a suivi le cours « Cercle de legs: planifier et gérer la transition vers la retraite », Centre de formation de la santé et du social, Cully.

Elle a également suivi la 6^e conférence « Panel data users in Switzerland », 8-9. 6. 2011, à l'Université de Lausanne.

Groupes cible

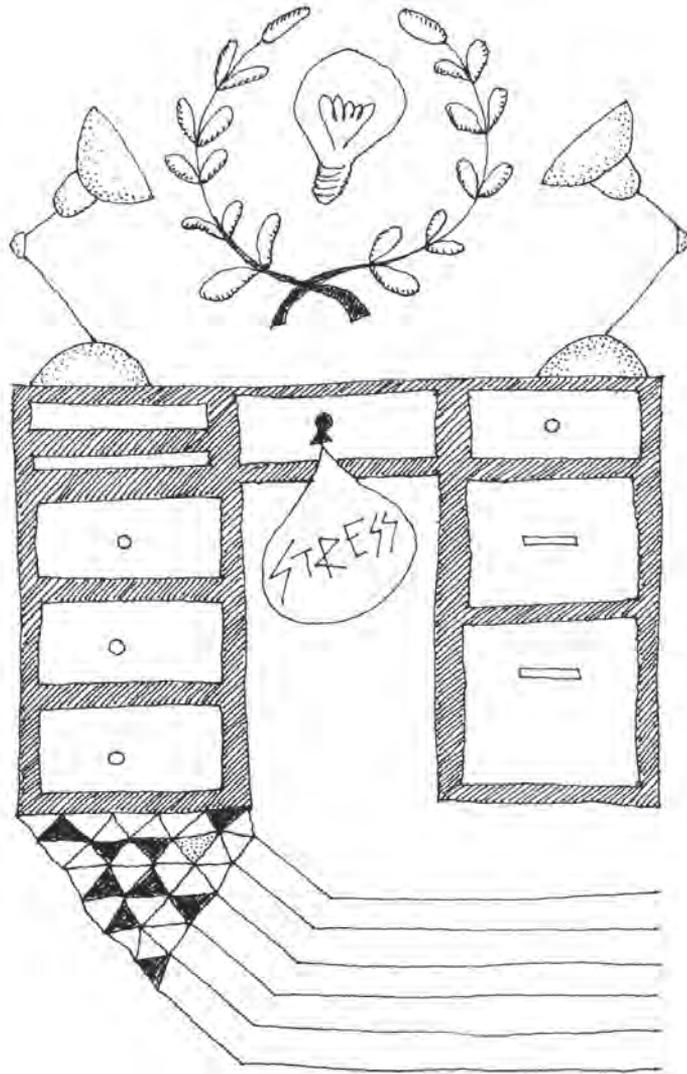
Les résultats de cette étude intéresseront une large audience et tout particulièrement les acteurs et actrices du monde du travail et de la santé publique :

- » Responsables politiques : Conseils d'Etat et administrations concernées (économie et finances; santé et sécurité sociale) des cantons latins; Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales; Conférence des chefs des départements cantonaux de l'économie publique; Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin; Commissions cantonales de promotion de la santé et de prévention; Secrétariat d'état à l'économie; Office fédéral des assurances sociales; etc;
- » Institutions de prévention et promotion de la santé : Promotion Santé Suisse; Pro Senectute/AvantAge; Institut universitaire romand de Santé au Travail; Société suisse de santé publique; Santé Publique Suisse; Promoteurs-trices de programmes de prévention et de promotion de la santé; etc.
- » Associations professionnelles: syndicats,

associations de personnel, associations patronales, associations de DRH ;
» Assurances : Santé Suisse ; SUVA ; assurances-vie ; caisses de pension, etc.

Organisation du projet

L'encadrement scientifique a été assuré par le D^r Marie-Claude Hofner, Présidente de la Fondation Charlotte Olivier, et l'appui administratif (secrétariat d'édition, relecture, mise en page) a été apporté par M^{me} Isabelle Evéquo Diethelm, collaboratrice à la Fondation Charlotte Olivier. Le travail scientifique a été réalisé par Jacqueline De Puy, docteure en travail social et politiques sociales.



3. TRAVAIL, RETRAITE ET SANTÉ: POUR LE MEILLEUR OU POUR LE PIRE ?

Afin d'établir un bilan du lien entre santé, travail et retraite, seules les données empiriques reposant sur les évidences les plus solides ont été retenues (voir chapitre 2). Les tendances observées sont étayées par des observations et recommandations émises par des personnes-ressources consultées en Suisse romande.

Dans les lignes qui suivent, il sera rendu compte tout d'abord de travaux qui ont investigué « le meilleur », soit l'évaluation de la **qualité de vie** en lien avec les dernières années de travail puis la retraite (section 3.1). En effet, la notion de qualité de vie se rapproche de la conception de la santé au sens de l'OMS : un état de bien-être à la fois physique et psychique qui est davantage que l'absence de maladie. Puis nous nous pencherons sur « le pire », la **morbidity et la mortalité** – et les **facteurs de risque** – qui peuvent affecter les personnes de plus de 50 ans dans ces deux étapes de vie (sections 3.2 et 3.3). Pour terminer sur une note d'espoir, nous nous pencherons sur les **facteurs de protection** et les **interventions** permettant de diminuer ces atteintes à la santé, tout en esquissant quelques exemples de bonnes pratiques déjà introduites en Suisse (section 3.4).

3.1. BIEN-ÊTRE ET QUALITÉ DE VIE

La qualité de vie a été définie comme l'adéquation, chez les personnes, entre leurs attentes et motivations d'une part, et les ressources et opportunités offertes par leur environnement social, d'autre part. Des études ont montré que la qualité de vie s'articulait particulière-

ment autour de quatre domaines d'expérience positive : le contrôle, l'autonomie, la réalisation de soi et le plaisir (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003). Cependant, il nous paraît que d'autres aspects, plus collectifs, influencent également la qualité de vie au travail ou la retraite. Par exemple, les apports positifs des liens sociaux et du soutien social, ou encore la qualité de l'environnement (infrastructures et ressources disponibles).

Il convient en outre de tenir compte de la perception différenciée de la notion de qualité de vie en fonction des appartenances et identités socioculturelles. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés de manière large aux expériences positives vécues en lien avec le travail ou la retraite après 50 ans, afin d'appréhender la diversité des perceptions associées à la qualité de vie.

3.1.1. QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES 50+ EN SUISSE ET EN EUROPE

L'exercice du libre-arbitre est sans conteste un élément décisif contribuant à la qualité de vie, associé aux notions de contrôle et d'autonomie dont il est fait état plus haut. Une étude a montré qu'une retraite progressive ou partielle – mais seulement à condition qu'il découle du choix de l'employé-e, et non d'une décision imposée – est bénéfique pour la santé (Joyce, Pabayo, Critchley & Bamba, 2010).

Décider librement de travailler jusqu'à l'âge de la retraite ou au-delà, de prendre ou non une retraite anticipée ou progressive est donc fondamental. Mais nous ajouterons que ce choix ne peut s'exercer que si des ressources

financières permettant d'assurer son quotidien sont disponibles.

Données suisses

A partir des données SHARE ¹, on peut esquisser un tableau nuancé de la qualité de vie au travail des personnes actives de plus de 50 ans en Suisse.

Notons tout d'abord que la Suisse est particulièrement bien située du point de vue des conditions de travail sur le plan européen, si l'on en croit un certain nombre d'indicateurs favorables (Blanchet & Debrand, 2007). En effet, dans un échantillon représentatif de ménages vivant en Suisse, chez les personnes en emploi de 50-64 ans, la **satisfaction globale au travail** est élevée (97.1%). Sur le plan **salarial**, 83% s'estiment correctement payées.

Trois autres aspects positifs se rapportent à la dimension relationnelle du travail, et rendent compte d'un **soutien reçu de la hiérarchie et/ou des collègues** :

- » 83.3% se sentent reconnus ;
- » 79.6% reçoivent un soutien approprié dans des situations difficiles ;
- » 81.9% estiment avoir l'opportunité de développer de nouvelles compétences.

■ 1 L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) est la première enquête européenne multidisciplinaire portant sur la santé, la retraite et la situation économique des 50+. Il s'agit d'une étude longitudinale et les données sont recueillies tous les 2 ans depuis 2004. (voir chapitre 2).

Du côté des indicateurs défavorables de qualité de vie au travail, même si les taux suisses sont généralement plus bas que dans le reste de l'Europe, une part non-négligeable des 'seniors' interrogés exprime certaines plaintes. Par ordre d'importance, les difficultés éprouvées concernent tout d'abord **des conditions de travail contraignantes** :

- » plus de la moitié déclarent travailler constamment sous pression (54.9%) ;
- » plus d'un tiers exercent un travail physiquement pénible (37.6%) ;
- » une personne sur cinq se plaint du manque de liberté (21.6%) .

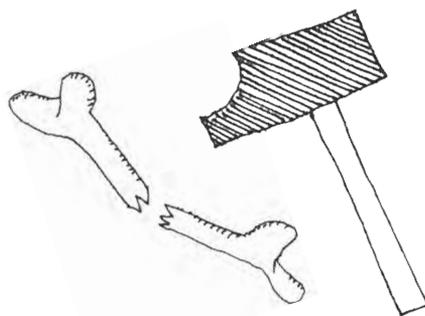
Deux autres indicateurs défavorables se rapportent à un **sentiment d'insécurité** quant à sa propre employabilité :

- » 19.8% n'estiment pas avoir de bonnes chances de garder leur emploi ;
- » 9% craignent que leur état de santé limite leur capacité de travail.

Quelle vue d'ensemble peut-on dégager de ces données ? Il vaut la peine d'approfondir la signification de cette « satisfaction globale au travail » quasi généralisée. En effet, ce terme laisse une grande marge d'interprétation. Les personnes de 50-65 ans en Suisse en emploi sont-elles avant tout heureuses de (pouvoir) travailler, en dépit d'un climat économique morose et d'un marché du travail peu favorable parce qu'elles « coûtent cher » ou sont perçues comme trop peu performantes ? Les 'seniors' sont sans doute satisfaits et fiers du métier exercé et de leur longue expérience dans un pays où l'on valorise la qualité, qui est réputé pour le bon niveau de formation de sa

main-d'œuvre, où les salaires sont meilleurs que dans le reste de l'Europe.

En bref, si le personnel âgé se sent souvent bien encadré par la hiérarchie et les collègues, c'est sur le plan des conditions de travail et de la sécurité de l'emploi que le tableau s'assombrit. Les plaintes exprimées quant aux rythmes de travail contemporains sont loin d'être propres aux travailleurs et travailleuses âgé-e-s helvétiques. Seulement, comme on le verra plus loin (points 3.3.1. et 3.3.2.) s'y ajoutent souvent pour elles et eux des phénomènes d'usure physique et psychique, et sans doute – puisque le manque d'autonomie est déploré – une souffrance de ne pas être valorisé-e ou reconnu-e dans ses compétences, parce que, justement, « trop vieux » ou « trop vieille ».



Données européennes

En Europe comme ailleurs, tout le monde n'est pas égal en termes de qualité de vie au travail. De manière générale, les femmes et les personnes ayant un niveau socioéconomique bas sont moins bien loties parmi les personnes de plus de 50 ans dans toute l'Europe. Les femmes se déclarent relativement peu récompensées (salaires, reconnaissance, etc.) en relation aux efforts consentis, et estiment avoir moins de contrôle sur leur travail que les hommes. Un statut socioéconomique bas est associé à une faible « qualité de travail » (Siegrist & Wahrendorf, 2008). La qualité du travail englobe à la fois le degré de contrôle perçu dans le travail et le rapport entre effort consenti et récompense reçue (Karasek et al., 1998; Siegrist et al., 2004).

On sait que l'apprentissage tout au long de la vie contribue à maintenir les capacités intellectuelles jusqu'à un âge avancé. Cependant, il existe de nombreux préjugés sur la capacité mentale des travailleurs et travailleuses âgé-e-s. De fait, si leur vitesse d'assimilation tend à être plus lente, leur base de connaissances acquises est plus vaste (Crawford, Graveling, Cowie, Dixon & MacCalman, 2009). Sur le plan de l'organisation du travail, une étude européenne menée auprès de 1449 employé-e-s du secteur de la santé, de l'industrie chimique et de la construction a montré que – alors même que la santé tendait généralement à décliner avec l'âge – ceux et celles qui avaient une activité permettant à la fois un engagement mental et une marge d'autonomie gardaient un état de santé stable (Costa & Sartori, 2007). On retrouve ici les notions

d'autonomie et de réalisation de soi essentielles à la qualité de vie, évoquées plus haut.

Les données SHARE ont démontré, sur un large échantillon, que le **désir de retraite anticipée** est étroitement lié à un mauvais état de santé et à des conditions de travail défavorables. En Suisse, en 2006, près d'une personne sur trois (32.2%) âgée de plus de 50 ans souhaitait prendre sa retraite le plus rapidement possible (Blanchet & Debrand, 2007), mais seuls les hauts revenus pourront se le permettre. En effet, le système helvétique est fortement pénalisant pour les bas, voire les moyens salaires. En cas de pré-retraite, l'AVS se trouve réduite pour le reste de la vie (art. 40 LAVS et art. 56 OAVS) alors que la LPP permet aux caisses de pensions d'anticiper la pré-retraite à partir de 58 ans avec toutefois une réduction des rentes à la clé (art. 13 LPP et art. 1i OPP2). Cet état de fait pousse les personnes à prolonger leur activité en aggravant ainsi souvent leurs conditions de santé. Citons également le fait qu'environ 20% des personnes qui atteignent l'âge de la retraite y arrivent en percevant une rente d'invalidité. Dans ce contexte, signalons aussi certaines

■ 2 Retraite prise une année avant l'âge légal : réduction de 6.8% des rentes ; retraite 2 ans avant l'âge légal, réduction de 13.8% (Candolfi & Chaze, 2008, p.22). Nous remercions M. Adriano Previtali, professeur de droit social et de droit public à l'Université de Fribourg, qui a relevé les spécificités du système suisse et nous a fait plusieurs suggestions pour les intégrer dans ce rapport.

propositions pour améliorer cette situation (p. ex. le projet de loi cantonale vaudoise sur la rente-pont soumis au vote le 15 mai 2011).

Dans l'ensemble de l'Europe, les individus témoignant d'une faible satisfaction globale au travail étaient les plus enclins à prendre une retraite anticipée deux ans plus tard (Morschhäuser & Sochert, 2006). Une étude (De Boer, van Beek, Durinck, Verbeek & van Dijk, 2004) indique que les raisons principales pour s'arrêter de travailler avant l'âge normal de la retraite étaient dues plus souvent aux conditions de travail (87%) plutôt qu'à l'état de santé (10%) ou à des difficultés sociales (3%). Les plaintes les plus courantes se répartissaient comme suit : exigences ou stress élevé (57%), conflits avec la hiérarchie (11%), trop peu à faire ou travail ennuyeux (8%) et troubles musculo-squelettiques (6%) (p. 924). Comme nous l'avions anticipé, les aspects relationnels et collectifs de la qualité de vie pèsent lourd dans ces décisions, le stress passant généralement par des pressions de l'environnement social.

Les liens entre qualité de vie au travail et santé mériteraient d'être mieux connus. On a pu constater qu'« un niveau de pression ressentie peu élevé, mais surtout un niveau de récompense reçue important sont associés à un bon état de santé » (Debrand & Lengagne, 2007, p. 19).

Partir à la retraite en mauvaise santé n'est pas de bon augure pour la suite, même si la transition vers la retraite est vécue comme un soulagement lorsqu'on quitte un emploi pénible physiquement et/ou psychologiquement. Une étude finlandaise a suivi pendant 28 ans

5971 travailleurs et travailleuses de 44-58 ans. Celles et ceux qui estimaient leur capacité de travail et leur santé comme médiocres subissaient une détérioration accélérée de leur état de santé et de leurs fonctions 28 ans après (von Bonsdorff, Seitsamo, Ilmarinen, von Bonsdorff & Rantanen, 2011). D'ores et déjà on peut se demander dans quelle mesure la qualité de vie à la retraite découle de la qualité de vie au travail.



3.1.2. QUALITÉ DE VIE À LA RETRAITE

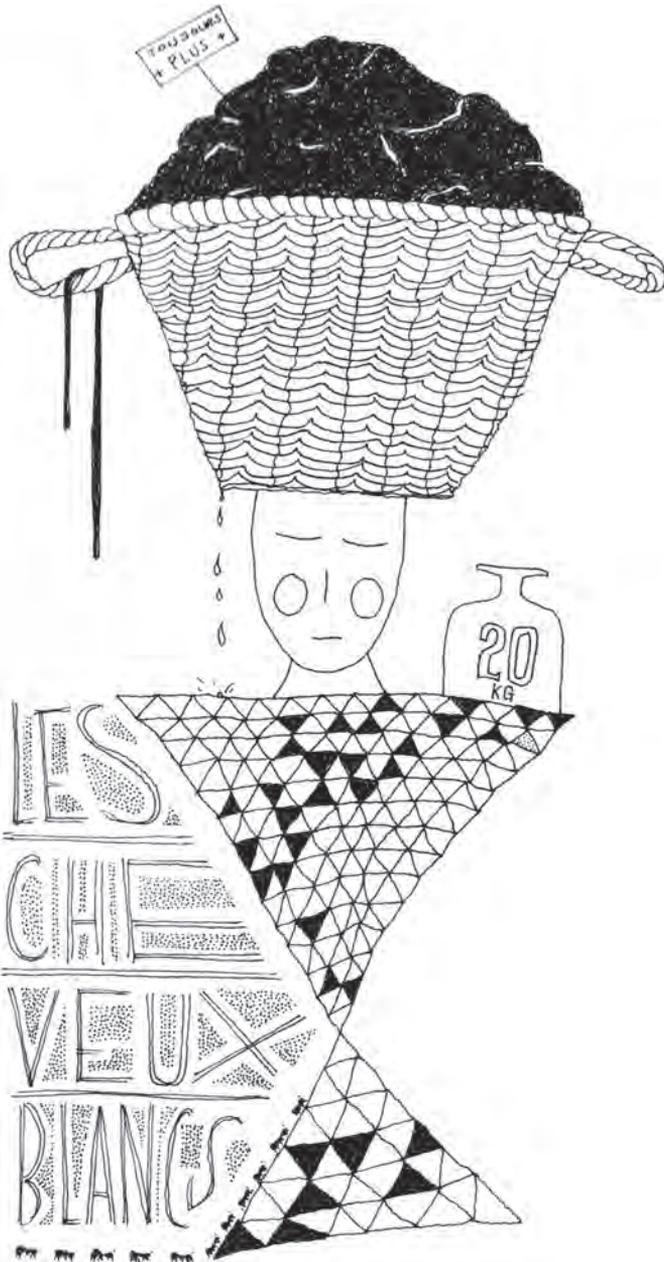
Une retraite flexible ou anticipée peut être bénéfique pour la santé, ainsi que nous l'avons déjà constaté, à condition d'être librement choisie et non imposée. La retraite n'implique pas nécessairement la cessation de toute activité professionnelle. Elle est souvent loin d'être oisive ou improductive. Diverses études montrent que les contributions des retraité-e-s représentent un pilier social et économique, et pas seulement une charge pour les assurances sociales et la société en général. Il a même été pronostiqué que la demande accrue en soins aux personnes de ces prochaines décennies pourra être partiellement satisfaite par les « jeunes retraité-e-s » qui pour la plupart seront des personnes actives et en bonne santé (Attias-Donfut, Ogg & Wolff, 2008, p. 181). Il a été prouvé que les retraité-e-s consacrent une part substantielle de leur temps à aider des membres de leur famille et à s'occuper de leurs petits-enfants. Environ un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans en Europe le font quotidiennement, et en moyenne 4.6 heures par jour (Börsch-Supan, 2008). Nous noterons que, reportées sur 7 jours, ces activités équivalent un taux d'occupation de 80% ! De plus, la population âgée en Europe continue à faire des transferts d'argent à des proches, soit pour les aider dans des situations de crise, ou à titre de cadeau pour marquer des événements heureux (Börsch-Supan, 2008).

Sur le plan du genre, on notera que les hommes de plus de 50 ans quittent le marché du travail principalement pour prendre

leur retraite, alors que les femmes transitent plus souvent par le statut de « personne active au foyer » (Brugiavini, Pasini, & Peracchi, 2008). Soulignons la situation particulière des femmes d'âge moyen (50-60 ans), qui assument souvent la fonction d'« aidantes informelles » de leurs parents âgés et de ceux de leur conjoint. Entre 2004 et 2006, lorsque la santé de leur père ou de leur mère s'était détériorée, elles avaient souvent renoncé à exercer une activité professionnelle pour cette forme de travail non rémunéré (Crespo & Mira, 2008, p. 267). En Suisse, un pas important a été fait vers la reconnaissance des ces prestations avec la 10^e révision LAVS, qui a introduit des « bonifications d'assistance » (art. 29 septies LAVS).

Comme le remarque Höpflinger (2008), le vieillissement de la génération « baby boom », plus mobile socialement et culturellement que les précédentes, donne lieu à de nouveaux modèles de retraite active. Il y a de nos jours une pression sociale à vieillir tout en se maintenant en forme physique et intellectuelle. Cependant, les inégalités économiques importantes entre personnes âgées, avec une partie des rentiers et rentières qui doivent survivre avec des ressources très limitées, et une autre qui a une marge de liberté élevée pour planifier et organiser sa retraite, laisse entrevoir une qualité de vie à deux vitesses pour le 3^e et 4^e âge.

En effet, un revenu et un niveau d'éducation bas sont associés à une perception médiocre de sa qualité de vie à la retraite (Börsch-Supan, 2008). Vraisemblablement, ces conditions défavorables sont liées à un accès limité à des ressources sociales et matérielles contri-



buant à la qualité de vie.

La retraite est pour certain-e-s, pour autant que leur état de santé le permette, l'occasion de s'engager dans d'autres occupations. Il a été démontré que l'engagement dans des activités « socialement productives » en dehors du cercle familial, que ce soit sous forme de bénévolat ou d'activités semi-professionnelles, est associé à un sentiment de bien-être accru et à une bonne qualité de vie (Börsch-Supan, 2008). Le volontariat formel se caractérise par une plus grande stabilité de ces sentiments positifs que les engagements informels. Il vaut la peine de souligner que le fait de poursuivre ou de commencer à s'engager dans des activités bénévoles de type formel – et dans une moindre mesure, de type informel – ont un impact positif sur la qualité de vie, et ce, indépendamment du niveau socio-économique. L'activité collective et la participation sociale pourraient donc bien être des composantes majeures de la qualité de vie à la retraite.

S'occuper d'une personne proche, à la différence des engagements à caractère collectif, ne semble pas avoir d'incidence – ni positive ni négative – sur la qualité de vie. Toutefois, la qualité de vie s'améliore lorsqu'on arrête un tel investissement (Wahrendorf, von dem Knesebeck, & Siegrist, 2008). Ceci s'explique sans doute par l'accompagnement à des personnes malades ou en fin de vie, qui est éprouvant (on connaît en effet le stress lié au « caretaker burden », ou fardeau de l'aide informelle). Même s'il est accompli de bon cœur, on peut éprouver un soulagement lorsqu'il arrive à terme ou lorsqu'une personne âgée est prise en charge dans un établissement médico-social. Relevons que l'aide

informelle est une activité « privée », qui ne permet généralement pas de s'appuyer sur des soutiens collectifs, et peut favoriser un certain isolement. Il y aurait certainement beaucoup à faire en termes de soutien aux aidant-e-s proches de personnes âgées atteintes dans leur santé ou leur mobilité.

3.2. MORTALITÉ

La dépression, qui tend à durer plus longtemps chez les sujets âgés, augmente d'autant plus le risque de mort et de suicide pour cette population (Abu-Rayya, 2006).

En comparaison européenne, la Suisse a un taux de suicide supérieur à la moyenne. Mis à part les situations d'assistance au suicide, dans 90% des cas les personnes qui se suicident ont des troubles psychiques, principalement la dépression, la schizophrénie, l'alcoolisme et les troubles de la personnalité. Les 10% restants sont qualifiés de « suicides impulsifs » par des personnes n'ayant pas donné de signes de troubles psychiques. Depuis 2003, le taux général de suicide a cessé de diminuer. Les hommes commettent deux fois plus souvent des suicides que les femmes (Source : Observatoire suisse de la santé www.obsan.admin.ch : Etat de santé/ diagnostics spécifiques/suicides – consulté le 1.11.2011).

Les taux de suicide par 100'000 habitants augmentent avec l'âge[■], indépendamment du sexe. Le taux de suicide chez les personnes les plus âgées a augmenté au cours des dernières années. Le vieillissement démographique fera augmenter le nombre absolu de suicide chez les personnes de plus de 65 ans (source : OFSP, le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251), avril 2005).

Il convient donc de prendre en compte tout particulièrement la vulnérabilité des travailleurs et travailleuses âgé-e-s soumis à des conditions de travail défavorables et à une souffrance psychique. De même, la souffrance psychique des personnes pour qui la retraite engendre une perte des repères et soutiens sociaux mériterait davantage d'attention.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les travailleurs et travailleuses âgé-e-s sont moins exposé-e-s aux risques d'accidents que les plus jeunes. Cependant, lorsque des accidents surviennent, ils sont plus souvent mortels pour les personnels âgés, et se produisent plus particulièrement dans l'agriculture, la construction, l'industrie et les transports (Crawford et al., 2009).

■ 3 En 2008, le taux de suicide dès 50 ans pour 100'000 habitants en Suisse par sexe était le suivant : 50-64 ans : 16.0 chez les femmes, 32.1 chez les hommes. 65-79 ans : 24.0 chez les femmes, 41.2 chez les hommes. Dès 80 ans : 34.4 chez les femmes et 92.5 chez les hommes (source OFS, Statistique des causes de décès - Taux de suicide spécifique, 2008 par classe d'âge et sexe 010-AS-F-2008).

Il a été démontré que les inégalités sociales d'espérance de vie sont importantes et sont corrélées au statut professionnel (Marmot & Shipley, 1996 ; Hofner, 1999). La position socioprofessionnelle contribue fortement, à raison de 45-50%, à la probabilité ou non d'atteindre l'âge de 75 ans. Par comparaison, l'accès au secteur médico-sanitaire intervient à raison de 10-15% dans la longévité, le patrimoine génétique : 20%, l'écosystème : 20-25% (Domenighetti, 2010, p. 11). Cette primauté du statut socioprofessionnel s'explique par des comportements, styles de vie et des attitudes liées au milieu social mais surtout semble-t-il, à la capacité à exercer un contrôle sur son environnement et sur le cours de son existence. Or, en Suisse, les ouvriers moins qualifiés ont une espérance de vie inférieure de 5 années à celle des classes socioprofessionnelles plus favorisées (Domenighetti, 2010, p. 11).

Les contraintes et nuisances professionnelles sont un aspect sur lequel les individus ont relativement peu de contrôle – ce d'autant plus que leur statut professionnel est subordonné. Elles expliquent une partie de la mortalité plus élevée en bas de l'échelle sociale. D'ailleurs, nombre de maladies professionnelles ne sont pas reconnues comme telles, en particulier les pathologies « différées » telles que les cancers et les phénomènes d'usure de l'organisme (Delgoulet, 2003 ; Hofner, 1999).

3.3. MORBIDITÉ

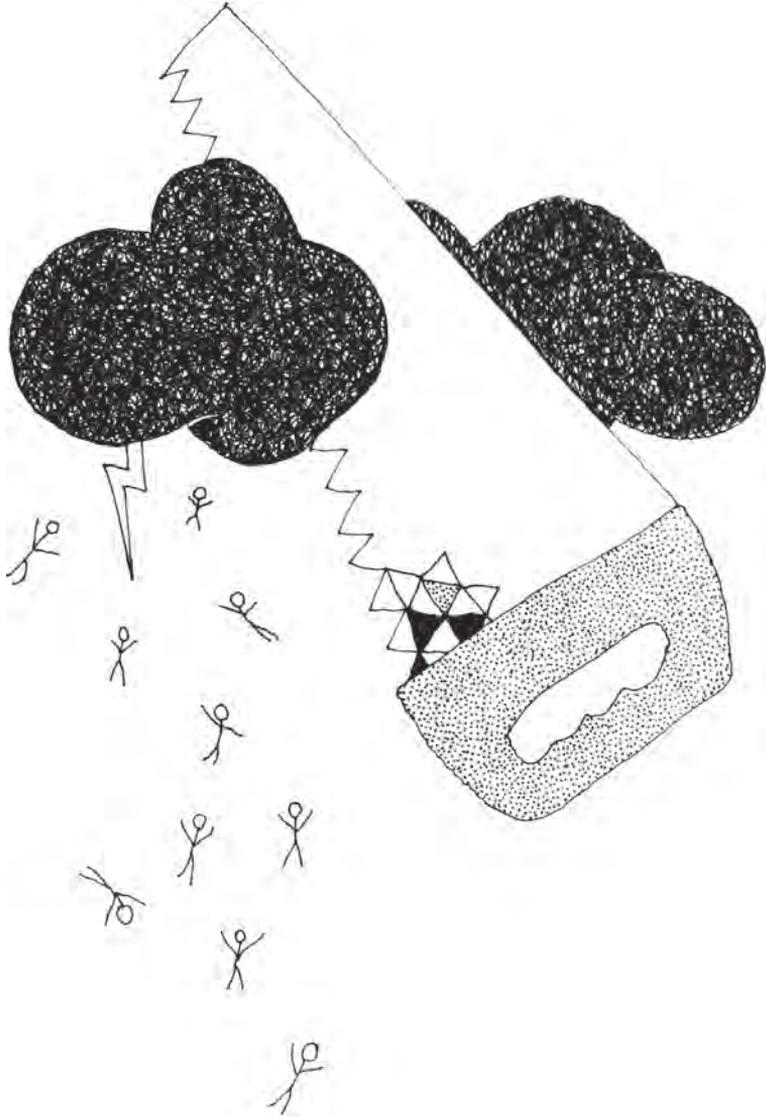
3.3.1. LES ATTEINTES PHYSIQUES LIÉES AU TRAVAIL APRÈS 50 ANS

Au cours des prochaines décennies, selon une étude britannique, l'incidence des problèmes de santé psychique, des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires-cérébraux, des troubles musculo-squelettiques, des cancers du sein, des intestins et de la prostate ainsi que du diabète augmenteront dans la population en âge de travailler, à moins que des mesures préventives conséquentes ne soient prises (Vaughan-Jones & Barham, 2009). Si ces problèmes de santé ne sont pas directement imputables au travail, il n'en reste pas moins que certains y sont fortement liés (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, santé psychique) et que le lieu de travail est un vecteur important de prévention. De plus, les travailleurs et travailleuses âgé-e-s sont particulièrement vulnérables aux maladies causées ou aggravées par l'activité professionnelle (Health and Safety Executive, 2007).

L'évidence scientifique donne un certain nombre d'indications utiles pour mieux préserver la santé (Crawford et al., 2009) en identifiant facteurs de risques et facteurs protecteurs de la santé des travailleurs et travailleuses âgé-e-s. Si l'on constate une tendance à la diminution des aptitudes physiques avec l'âge (p.ex. l'absorption d'oxygène, la force musculaire), cela ne présente pas toujours des inconvénients pour travailler et on peut les compenser par des mesures de maintien des capacités. Il faut aussi relever qu'aucun individu, quel que soit

son âge, ne travaille à 100% de ses ressources physiques en permanence. Des horaires de travail prolongés (60 h par semaine et plus) dans des environnements physiquement exigeants présentent des risques certains pour la santé des travailleurs et travailleuses les plus âgées. Le travail de nuit est également un risque, et peut entraîner des détériorations de santé, de façon plus précoce pour les femmes (dès 35 ans) que pour les hommes (dès 45 ans). De même, l'exposition au bruit ou à des hautes chaleurs, un mauvais éclairage sont nocifs tout au long de la vie professionnelle, toutefois les effets négatifs se manifestent logiquement chez les individus les plus âgés, lorsqu'ils y ont été exposés longtemps (effet dose dépendant). La prévalence et l'incidence de douleurs chroniques du cou et des épaules tendent à augmenter avec l'âge. Cependant, les risques professionnels liés à ces affections ne concernent pas spécifiquement les personnes les plus âgées. Ici aussi, c'est la durée d'exposition aux risques qui doit être prise en compte. Par exemple, des gestes répétitifs combinés à des cadences rapides et des positions inconfortables sur une période prolongée, contribuent au développement de douleurs chroniques à tout âge. Bien que les travailleurs et travailleuses âgé-e-s soient moins souvent sujets à des accidents professionnels que les plus jeunes, elles et ils mettent plus longtemps à s'en remettre. Les blessures les plus courantes sont les entorses, les muscles froissés, les fractures et les dislocations causées par un effort excessif ou des chutes.

A noter que les accidents de travail sont plus courants dans la population immigrée que parmi les Suisses (23% contre 16%) (Bol-



lini et Siem, 1995, cité par Bolzman et al., 2007) sans doute à cause de leur surreprésentation dans des professions à risque (p.ex. la construction).

Un niveau d'éducation bas, l'obésité, ainsi qu'un faible contrôle sur son travail et un déséquilibre négatif entre efforts et récompenses sont associés à un mauvais état de santé chez les personnes actives de 50-63 ans (van den Berg, Schuring & Avendano, 2010).

De manière générale, un facteur qui semble jouer un rôle important et favorable dans la santé auto-déclarée des 'seniors' en emploi est le niveau de « récompense reçue ». Précisons qu'il s'agit non seulement du sentiment de recevoir un salaire correct relativement aux efforts fournis, mais également d'avoir des perspectives d'avancement ou de progression personnelle et de recevoir une reconnaissance méritée. S'y ajoutent la notion de soutien dans le travail et le sentiment de sécurité de l'emploi.

Or, un déséquilibre entre effort professionnel et différentes formes de valorisation suscite des réactions de stress que Siegrist (1996) qualifie de « crises de gratification ». Ce phénomène prédispose aux maladies cardiovasculaires, notamment en générant une hypertension artérielle. Il augmente également les risques d'alcoolodépendance et de dépression. ■

■ 4 Conférence de la CRS le 31 octobre 2007 « Santé-Travail-Intégration ».

Résumé de la présentation de M. le Prof. Eberhard Ulich, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, Zürich.
http://www.redcross.ch/data/dossier/23/redcross_dossier_23_4_fr.pdf
document consulté le 10.11.2011.

On constate des disparités en fonction du genre quant aux facteurs qui influencent la santé subjective. Les hommes se définissent plus souvent en mauvaise santé lorsque leur travail est physiquement pénible et quand ils ont peu de possibilités de progression personnelle. Les femmes se disent en mauvaise santé quand elles ont peu de possibilités de développer de nouvelles compétences ou qu'elles ont peu de chances de garder leur emploi (Debrand & Lengagne, 2007, p. 29).

3.3.2. LES ATTEINTES PSYCHIQUES LIÉES AU TRAVAIL APRÈS 50 ANS

Sur le plan européen, une qualité de travail médiocre (voir point 3.1.) chez les plus de 50 ans prédit une prévalence plus élevée, deux ans plus tard, de symptômes dépressifs, et précède également une baisse de l'état de santé général auto-déclaré (Siegrist & Wahrendorf, 2008, p. 261).

Les travaux de Volkoff et son équipe ont montré que les travailleurs et travailleuses âgé-e-s tendent à être plus prudents, privilégient la qualité avant la vitesse et contrôlent le résultat de leurs actions. C'est pourquoi ils et elles souffrent tout particulièrement des rythmes de travail accélérés, devenus courants dans les pays industrialisés. Ces pressions temporelles ont des effets négatifs sur la santé de manière générale, mais particulièrement à partir de l'âge de 45-50 ans. Pour tenir le rythme, d'aucuns ont recours à une consommation accrue de médicaments tels que somnifères et tranquillisants ou encore alcool (Volkoff & Pueyo, 2010, p.18). L'enquête

suisse sur la santé de 2007 révèle que la proportion des hommes utilisant chaque jour des somnifères augmente dans les groupes d'âge à partir de 35 ans. On observe une forte augmentation dans la prise quotidienne d'analgésiques et de tranquillisants chez les hommes entre 55 et 64 ans. Cela pourrait s'expliquer en partie par des tentatives de gérer le stress et le mal-être au travail. En effet, les médicaments psychotropes sont de plus en plus utilisés dans le cadre du travail afin d'augmenter ou de maintenir ses performances (Rodrick, 2011). Ce problème, qui touche aussi d'autres classes d'âge, a d'ailleurs amené Addiction Info Suisse à organiser un colloque intitulé « les conduites dopantes au travail »⁵.

Pour Guy Bovey⁶ la pénibilité est une combinaison entre intensité et manque de reconnaissance ou dévalorisation, et peut entraîner un « sentiment précoce de fin de vie professionnelle », même chez des personnes qui sont encore éloignées de 10-15 ans de la retraite. Il constate, dans des ateliers de coaching en recherche d'emploi avec des 'seniors', qu'il y a souvent une intériorisation de l'image négative de soi, et que beaucoup affirment « je ne vauds plus rien ».

En termes de genre, il semblerait que les inégalités de revenus, d'emploi, mais aussi des

■ 5 Ce colloque a eu lieu le 16.11.2010. Voir <http://www.addiction-info.ch/fr/actualites/article/les-conduites-dopantes-au-travail-2/>

■ 6 Directeur d'Avantage, un programme de Pro Senectute en Suisse romande. Entretien accordé à J. De Puy dans le cadre du présent projet le 22.9.2010.

comportements différents en matière de santé donnent lieu à des souffrances psychiques spécifiques aux femmes : elles signalent moins de latitude décisionnelle et un niveau de récompense reçue plus bas que les hommes, de même que des ratios « pression ressentie/latitude décisionnelle » et « pression ressentie/récompense reçue » plus faibles. Elles signalent plus souvent que les hommes une insécurité de l'emploi et un manque de soutien au travail (Debrand & Lengagne, 2007, pp 26-27). Chez les hommes comme chez les femmes, le risque de dépression est associé au sentiment de ne pas recevoir de reconnaissance suffisante, au manque de soutien dans le travail et à une perception d'insécurité de l'emploi (id. ant. p. 29).

3.3.3. LES ATTEINTES PHYSIQUES LIÉES À LA RETRAITE

L'état de santé au moment de l'entrée dans la vie « post-professionnelle » est étroitement lié aux conditions de vie qui l'ont précédé. Des travaux menés aux Etats-Unis ont montré l'influence de facteurs environnementaux et socioéconomiques liés au lieu de vie sur la santé des populations, à partir d'une étude longitudinale (notamment, les analyses issues de la 'multi-ethnic study of atherosclerosis', Nazmi, Diez Roux, Ranjit, Seeman & Jenny, 2010). Parmi les habitants des quartiers périphériques, qui doivent faire de longs trajets pour travailler ou accéder à des services, où les commerces n'offrent que des produits alimentaires saturés en graisses, sucre et sel, sans aménagements propices à l'exercice physique,

il est peu étonnant de trouver des prévalences élevées de diabète, d'artériosclérose, etc. Des campagnes prônant une nourriture saine et encourageant à « bouger » auront alors peu d'effet si les infrastructures ne suivent pas.

On sait, à travers les études épidémiologiques, que les populations issues de l'immigration et/ou à bas revenus sont affectées de taux plus élevés de maladie que le reste de la population, d'un accès plus limité aux ressources de santé et d'autres disparités – ce sont également celles qui vivent souvent dans les conditions de logement les plus mauvaises. Des études ont montré que les conditions d'habitat interagissent avec et renforcent des disparités de santé (Hood, 2005).

Dans des conditions de logement et de sécurité défavorables, où les effets des facteurs de stress négatifs se cumulent au fil des années, la santé physique et psychique des populations s'en ressent inévitablement et les retombées en sont lourdes : dépression, anxiété, consommation d'alcool et de stupéfiants.

L'environnement de travail (par exemple l'exposition à des produits toxiques, les risques ergonomiques) a lui aussi des répercussions à long terme, notamment chez les travailleurs et travailleuses âgé-e-s et ce au-delà de la retraite, qui sont à prendre en compte de manière préventive à tout âge. Les dés étant partiellement jetés dans le parcours de vie antérieur, d'autres incidences moduleront la santé physique pendant la retraite.

Des comparaisons entre personnes âgées de 50 à 65 ans actives d'une part, et à la retraite d'autre part, montrent souvent que les premières sont en meilleure santé. Toute-

fois, il faut relativiser ces tendances en tenant compte du « healthy worker effect », l'effet du travailleur bien portant (Li & Sing, 1999). En effet, les personnes en mauvaise santé tendent à être surreprésentées chez celles et ceux qui ont pris une retraite anticipée. Quant aux personnes actives, elles tendront à se considérer en bonne santé, du moment qu'elles ont la capacité de travailler. Les résultats de l'étude SHARE vont dans cette direction. Un accident vasculaire-cérébral prédit fortement le passage à une retraite anticipée. En outre, la présence de maladies chroniques (diabète, arthrite et ostéoporose) est associée significativement au fait de quitter la vie active (Alavinia & Burdorf, 2008).

De façon générale, un mauvais état de santé va souvent entraîner une exclusion du marché du travail à travers le chômage, une retraite anticipée ou une pension d'invalidité (Burdorf, van den Berg, Avendano, Kunst & Mackenbach, 2008).

Un niveau socio-économique bas, le fait de fumer ou d'avoir une activité physique réduite sont associés à une détérioration de la santé à la retraite. Les parcours post-retraite divergent selon le genre : les hommes tendent plus souvent à cesser de fumer, alors que les femmes courent plus de risque d'accumuler du poids corporel excessif. Quant aux inégalités sociales, seule une petite partie des problèmes de santé dus à un niveau socioéconomique bas sont expliqués par des facteurs communément associés à la pauvreté : diabète, consommation d'alcool, poids excessif ou hypertension (Börsch-Supan, 2008, p. 16).

On revient alors aux explications fondées sur l'incidence du milieu de vie (manque de

contrôle, stress) sur la santé, qui ont été évoquées plus haut.

Les habiletés cognitives commencent à baisser dès l'âge de 70 ans (Zamarro, Meijer & Fernandes, 2008, p. 45). Cependant, une analyse de SHARE a révélé que des activités productives (payées ou non) et la pratique d'un sport et d'autres activités physiques sont hautement corrélées avec le maintien de bonnes capacités cognitives (Adam, Bay, Bonsang, Germain & Perelman, 2006).

3.3.4. LES ATTEINTES PSYCHIQUES LIÉES À LA RETRAITE

La dépression représente l'un des problèmes de santé psychique les plus communs après 60 ans (Reker, 1997). Cette affection se déclare le plus souvent chez les plus de 50-64 ans à la suite d'une retraite anticipée, ou, pour les femmes, après le passage au statut de ménagère (Alavinia & Burdorf, 2008, p. 41). Il faut cependant relever que plus de la moitié (environ 60%) des personnes retraitées, selon l'enquête européenne SHARE, ne sont ni tristes ni déprimées (Zamarro et al., 2008, p. 43).

Chez les personnes retraitées, un état dépressif est souvent causé par une baisse de l'estime de soi, la perte de rôles sociaux productifs, le deuil de personnes proches, un effritement des contacts sociaux. Ces difficultés sont associées à une baisse de la mobilité, des atteintes de santé et des ressources financières en diminution.

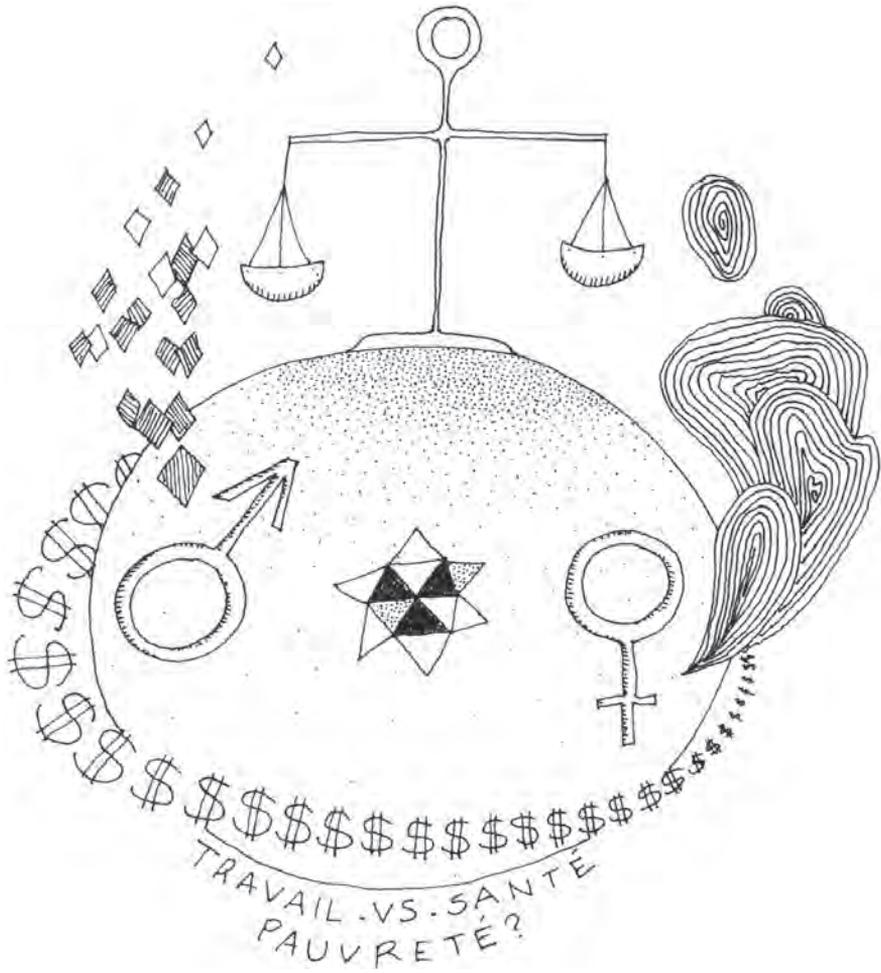
La dépression est souvent liée à des problèmes physiques tels que les maladies car-

diaques, le diabète, le cancer et la maladie de Parkinson. Des statistiques indiquent que ce trouble psychique toucherait deux fois plus les femmes que les hommes après 50 ans (Zamarro et al., 2008, p.40).

Chez les médecins généralistes et de premier recours, la dépression du sujet âgé, parce qu'elle est atypique, est souvent difficile à diagnostiquer avec les critères traditionnels, avec une présence de plaintes somatiques fréquentes (p.ex. douleurs, épuisement) (Lleshi et Bizzozzero, la dépression du sujet âgé, Rev Med Suisse 2009, 5, 1785-1789).

Les symptômes dépressifs sont contrecarés par un engagement social sous diverses formes (bénévolat, soin à des personnes malades ou handicapées, aide à des proches, participation à des cours, fréquenter des associations ou clubs sportifs, religieux, politiques etc.). En Europe, parmi les personnes retraitées, ce sont celles âgées de 65-69 ans qui sont les plus engagées socialement. Malgré tout, les femmes rapportent des niveaux plus élevés de dépression que les hommes, indépendamment de l'âge et de l'engagement social (Abu-Rayya, 2006). Il serait important de mieux comprendre ces inégalités liées au genre en termes de risques face à ce problème de santé.

■ 7 Il faut cependant se demander dans quelle mesure la différence s'explique par des normes de genre, du fait que les femmes tendent à admettre plus facilement une détresse psychique que les hommes.



3.3.5. LES INTERACTIONS ENTRE DIFFÉRENTS FACTEURS

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la santé au travail et à l'âge de la retraite n'agissent pas de manière isolée, mais interagissent de manière à la fois synchrone (en parallèle) et diachronique (au cours des itinéraires de vie).

Il existe un lien étroit entre une faible qualité du travail et une mauvaise santé. Une mauvaise satisfaction globale au travail augmente considérablement la probabilité de prendre une retraite anticipée, quatre fois plus souvent chez les hommes, deux fois plus souvent chez les femmes (Siegrist, von dem Knesebeck & Wahrendorf, 2005).

Un environnement de travail défavorable sur le plan physique et psychique intensifie le risque de morbidité, de retraite anticipée et de mort prématurée (Marmot & Wilkinson, 2006). Qui plus est, cette incidence ne se limite pas aux groupes les moins favorisés dans le marché du travail mais s'étend à des personnes qualifiées et avec un niveau d'éducation élevé. Or, de nos jours, de plus en plus d'emplois se caractérisent par des pressions mentales et émotionnelles importantes (Siegrist & Wahrendorf, 2008, p. 255).

Chômage et morbidité paraissent s'entraîner mutuellement, et cela est tout particulièrement vrai pour les chômeuses et chômeurs les plus âgé-e-s. En Suisse, les personnes de plus de 50 ans au chômage ont presque quatre fois plus de probabilités d'être en mauvaise santé que celles en emploi (Abu-Rayya, 2006). Guy Bovey, directeur du centre AvantAge pour l'in-

sertion professionnelle des 'seniors', constate que très souvent, après 50 ans, le chômage fait suite à une « casse » de santé ⁸. Par ailleurs, la situation de chômage a fréquemment une incidence négative sur la santé des plus âgé-e-s, surtout lorsqu'il se prolonge, comme cela a été constaté dans le cadre d'un projet du programme 50+ santé (Rey, 2007).

L'étude SHARE a montré que le risque de pauvreté ⁹ en Europe est plus répandu qu'on ne le croit, mais aussi qu'il existe un « turnover » important des personnes ayant fait une expérience de pauvreté entre 2004 et 2006. On sait que la pauvreté se répercute négativement sur la santé, cependant, ces données longitudinales apportent une précision importante : c'est la pauvreté persistante qui est la plus dommageable pour la santé des plus de 50 ans, et particulièrement entre 50-64 ans. En Suisse, selon les résultats SHARE, la pauvreté persistante des plus de 50 ans se situait autour des 8% de l'échantillon (Tinios & Lyberaki, 2008, p. 279). D'autres données européennes relèvent que les femmes âgées de 65 ans et plus, dans l'Union européenne, sont moins satisfaites que les hommes de leurs conditions matérielles (Ferring et al., 2004).

■ 8 Entretien du 22.9.2010 accordé à J. De Puy.

■ 9 La pauvreté subjective y est définie comme « avoir de la difficulté à joindre les deux bouts », alors qu'une mesure objective, selon les normes de l'UE, définit comme pauvres les personnes gagnant 50% ou moins que le revenu médian. Quant au risque de pauvreté, il est présent lorsqu'on gagne 60% de ce revenu médian.

De fait, les femmes de plus de 65 ans ont un revenu inférieur et un risque de pauvreté supérieur aux hommes (données Eurostat¹⁰). Une attention particulière devrait donc être accordée aux groupes de retraité-e-s à bas revenus, et tout spécialement, aux femmes.

Une autre catégorie sociale vulnérable est celle des migrant-e-s âgé-e-s, qui cumulent souvent plusieurs facteurs de risque pour la santé et la qualité de vie. Selon l'étude SHARE, les migrant-e-s de plus de 50 ans en Europe déclarent plus souvent une mauvaise santé perçue, des symptômes de dépression ainsi qu'une force de préhension des mains plus faible que les natifs (Sirven et Sermet, 2009). En Suisse, une étude a montré que les migrant-e-s âgé-e-s arrivé-e-s dans les années 1950 et 1960 d'Italie et d'Espagne connaissent des taux élevés de pauvreté. Ce sont particulièrement les femmes seules (en particulier divorcées et veuves) qui sont les plus touchées par la pauvreté (Bolzman et al., 2004). Contrairement à ce qui avait été anticipé lors des migrations massives de travailleurs du Sud vers le Nord de l'Europe au milieu du 20^e siècle, une bonne partie des personnes migrantes âgées n'ont pas l'intention de retourner définitivement dans leur pays d'origine. En Suisse, une étude montre que c'est le cas d'environ les deux tiers des personnes de nationalité italienne et espagnole interrogées (Bolzman, 2007). Un cri-

■ 10 Source : Eurostat. UE-27 : SILC 2007, données sur le revenu 2006.
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=685&langId=fr&intPageId=131>

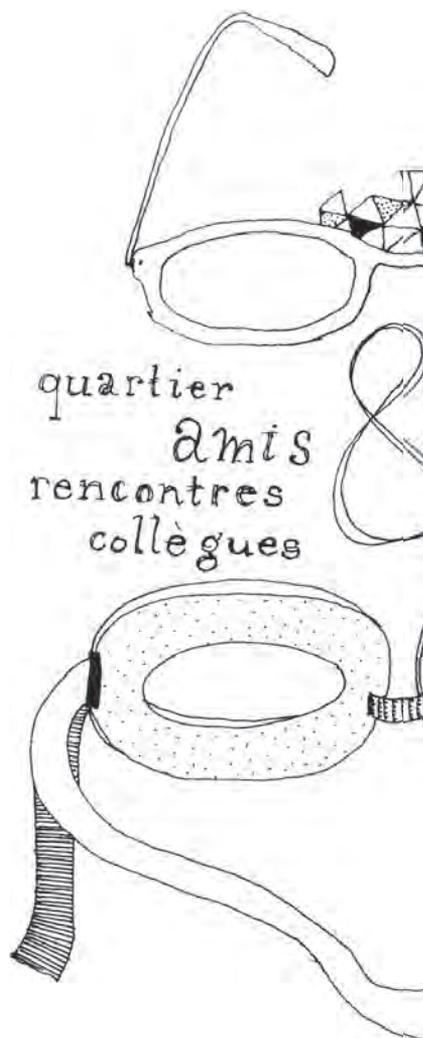
tère important qui pèse dans cette décision est la présence d'un ou plusieurs enfants installés en Suisse. Une partie prévoit de passer une partie de l'année en Suisse et une autre partie dans le pays d'origine. Les politiques sociales doivent alors prendre en compte cette réalité et se préoccuper des besoins spécifiques des personnes migrantes vieillissantes, sous peine de les exclure (Bolzman et al., 1999).

Les données de l'étude SHARE 2008 ont justement pu mettre en évidence les effets à long terme des politiques sociales sur le parcours de vie des personnes interrogées. Lorsqu'on compare les chiffres au niveau européen, on constate une forte association entre l'ampleur des politiques en faveur de la formation tout au long de la vie et la qualité de travail.

Des investissements plus élevés dans des mesures de réhabilitation et de retour au travail sont corrélées avec une meilleure qualité de travail. Or, quand les indicateurs de qualité de travail sont marqués dans un pays, la probabilité est plus forte que les individus travaillent au-delà de 60 ans (Siegrist et Wahrendorf, 2011). De manière générale, les dépenses publiques en faveur de la population active (sous forme de subventions en faveur des familles, du logement, de l'aide aux chômeurs) réduisent le risque de pauvreté persistante chez les individus âgés. Ainsi, l'on voit que des dépenses sociales en faveur des travailleurs et travailleuses d'âge moyen continuent à produire des « dividendes » lorsque ces personnes avancent en âge (Tinios et al., 2011, p. 8). Il s'est avéré que des longues périodes de chômage ou de retrait du marché du travail accumulées tout au long de la vie se répercutent

négativement sur les prestations de vieillesse – en Suisse, sur celles du 2^e pilier (Brugiavini et al., 2011), mais aussi sur la santé à l'âge de la retraite (Schröder, 2011).

Nous avons vu les effets bénéfiques des engagements bénévoles sur les personnes retraitées. Les données SHARE 2008 indiquent que les personnes ayant eu des conditions de travail médiocres en milieu de vie (épisodes de chômage, travail à bas statut, conditions de travail défavorables) sont nettement moins enclines à s'engager dans des activités bénévoles après la retraite. Or, les données SHARE nous apprennent aussi que lorsqu'un pays investit dans des politiques macro-structurelles en faveur de la qualité du travail et de l'emploi, l'implication des personnes âgées – toutes situations confondues – dans le bénévolat est plus marqué (Wahrendorf et Siegrist, 2011).





3.4. QUE FAIRE ?

Les rubriques ci-dessous, sans être exhaustives, indiquent des pistes méritant d'être suivies, et des exemples de bonnes pratiques (dont les descriptifs sont présentés dans les encadrés). Elles ont été classées en fonction des quatre niveaux d'influences sur les déterminants de la santé, tels qu'ils sont définis dans le modèle de catégorisation de Promotion Santé Suisse, développé en collaboration avec les Instituts de Médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne (Spencer et al., 2007).

3.4.1. OFFRES EN MATIÈRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Il est important que des offres destinées à promouvoir la qualité de vie des personnes retraitées se fondent sur les besoins exprimés par les principaux et principales intéressé-e-s. Par exemple, à partir de 2002, des consultations des personnes de plus de 55 ans ont eu cours dans plusieurs communes vaudoises à l'initiative de Pro Senectute. A l'issue de ce processus, des projets locaux et des engagements bénévoles voient le jour. Des activités sont organisées et autogérées par les habitant-e-s pour répondre aux besoins exprimés, par exemple, des tables d'hôtes pour partager des repas en commun, des clubs de marche, groupes cinéma ou encore des transports organisés par le voisinage pour des personnes à mobilité réduite. Pro Senectute propose des formations et des dédommagements aux bénévoles.

Bonne pratique: Le diagnostic communautaire (Pro Senectute Vaud) vise l'établissement d'un «état des lieux» de la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une communauté donnée ainsi que l'évaluation des possibilités d'actions adaptées à l'environnement. Thématiques spécifiques, difficultés ou manques, ressources disponibles: le diagnostic est élaboré avec les habitants ainsi que les institutions et associations en présence. Les données objectives sont éclairées par le vécu des personnes, faisant ainsi ressortir les préoccupations qui leur sont propres, leurs besoins et leurs envies. Si un diagnostic communautaire prépare la mise en place d'autres actions visant un «mieux vivre» des aînés, la démarche en elle-même, par la mise en réseau qu'elle suscite, est porteuse de changement (source: <http://www.vd.pro-senectute.ch/cours-formation/diagnostic-communautaire.html>).

On l'a vu, la perception de la qualité de vie se décline différemment selon le genre ou l'appartenance socioculturelle. Il est donc essentiel de prendre en compte la diversité des besoins et des ressources dans différents groupes de la population. Par exemple:

» des offres ciblées pour améliorer la qualité de vie des **personnes à la retraite vivant dans des situations économiques précaires** sont souhaitables. Il existe notamment toute une «population invisible» des retraité-e-s qui travaillent au noir pour boucler les fins de mois, ne bénéficiant d'aucune protection sociale ¹¹. Les dyna-

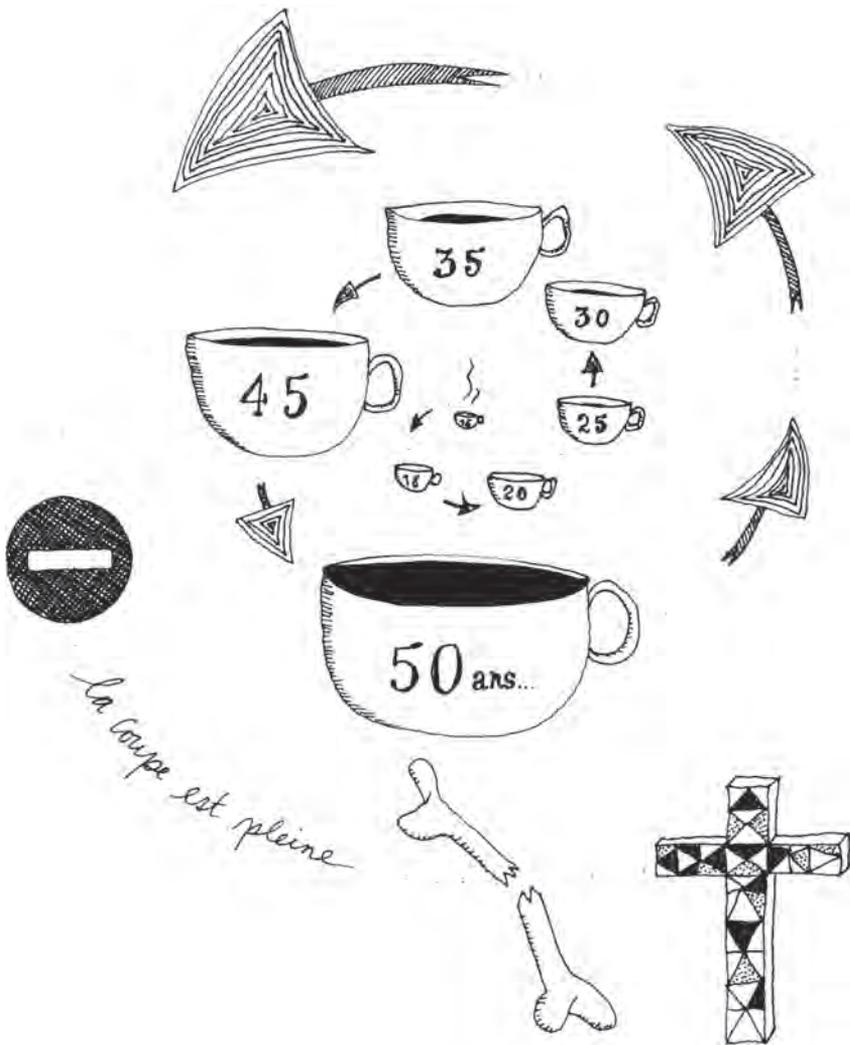
■ 11 Merci à Lucie Ryser qui nous a rendues attentives à ce problème.

miques de précarisation des travailleurs et travailleuses en général sont du reste préoccupantes: absence de sécurité d'emploi et de possibilité de planifier à long terme, protection juridique et sociale lacunaire, rémunération insuffisante, pas de contrôle ou codécision sur le rapport de travail ¹² (Pelizzari, 2009). Leurs effets sur la santé des travailleurs et travailleuses – et spécifiquement en lien avec des facteurs de vulnérabilité tels que l'âge et le statut socioprofessionnel – demanderaient à être mieux évalués;

» des offres innovatrices destinées aux «**aïdant-e-s informel-les**» et leurs proches âgé-e-s sont sans doute à promouvoir. Une des auteures, fille d'une dame de 80 ans à mobilité réduite, peut témoigner de la difficulté d'organiser des sorties 'pour se faire plaisir', parce que très souvent les infrastructures (transports, accès, aménagements, etc.) ne sont pas adaptées aux besoins des personnes âgées ¹³. Ou bien encore, des groupes d'entraide où l'on pourrait partager ses soucis et ses ressources seraient bienvenus...

■ 12 Ces dynamiques ont été présentées par Alessandro Pelizzari et le syndicat UNIA lors d'un exposé à l'Université de Fribourg le 10.6.2010 dans le cadre du congrès de l'Institut universitaire romand de Santé au Travail «Peurs et espoirs: La santé au travail à l'épreuve de la crise».

■ 13 Il existe certes des aménagements pour personnes en fauteuil roulant, mais moins pour celles qui marchent avec des cannes, déambulateur, etc.



Il ressort clairement que les notions de qualité de vie et de qualité du travail, telles que nous les avons précisées dans les paragraphes précédents, doivent être le pivot d'une politique de prévention et de promotion de la santé après 50 ans. Mais il serait erroné de se limiter à des mesures en faveur des travailleurs et travailleuses âgé-e-s au détriment des autres. Cela pourrait même augmenter les risques de discriminations et d'affaiblissement de la solidarité sociale.

Toute action en faveur des travailleurs et travailleuses âgé-e-s devrait s'inscrire dans une approche globale de **prévention des risques et de promotion de la santé tout au long de la vie professionnelle** (De Puy et al., 2009 ; De Puy, 2010). Même si la Suisse est, pour le moment, relativement bien située sur le plan européen en termes de santé des personnes de plus de 50 ans, il serait regrettable qu'elle s'endorme sur ses lauriers, car des défis importants vont se présenter dans les prochaines décennies avec le vieillissement démographique. Si aujourd'hui, un quart de la population active est âgé de 50 ans et plus, on anticipe qu'elle passera à un tiers d'ici 2020. On assistera à une augmentation de l'âge moyen des personnes actives, puis une diminution de la population active et une modification du rapport entre retraités et actifs (Höpfinger, Beck, Grob & Lüthi, 2006).

L'âge entraîne un certain nombre de changements, qui ne touchent pas tout le monde de façon uniforme, et dont les effets négatifs – on l'a vu – peuvent être modérés par une activité physique et intellectuelle accrue. Il est réjouissant que des campagnes pour la **promotion de l'activité physique** à tous les âges soient menées en Suisse par des relais tels que Pro-

motion Santé Suisse, Pro Senectute, le réseau « ça marche ! », les « espaces prévention », etc. A quand des campagnes pour **stimuler les efforts intellectuels** tout au long de la vie ? Comme le souligne le Dr Elisabeth Koestner, neurologue, plus on apprend, plus il est facile d'apprendre (c'est ce qu'on nomme l'amplification mnésique). Plus on exerce son cerveau, meilleures sont les chances de « vieillir en bonne santé dans sa tête »¹⁴.

Il a été constaté que la participation à des activités socialement productives, et tout particulièrement les engagements formels, sont bénéfiques pour les personnes retraitées. Ce fait mériterait d'être mieux connu et ce type d'activité devrait être soutenu. Du reste, en Suisse, une personne adulte sur quatre, tous âges confondus, exerce au moins une activité non rémunérée dans le cadre d'un engagement formel, ce qui représente 1.5 millions de personnes.

Les hommes (28%) sont davantage impliqués que les femmes (20%) dans ce type d'activité, alors que la tendance s'inverse pour les engagements informels (aide au voisinage, garde d'enfants, services et soins à des membres de la parenté). Le profil des « bénévoles organisés »

■ 14 Notes prises par J. De Puy lors de l'exposé d'Elisabeth Koestner « Plasticité du cerveau : s'adapter et apprendre à tout âge » lors du colloque « les 50 ans et plus – Dépasser les préjugés, organisé par l'OCIRT, Département de la solidarité et de l'emploi de la République et Canton de Genève. », à la Fédération des Entreprises Romandes, Genève, le mardi 25.11.2008.

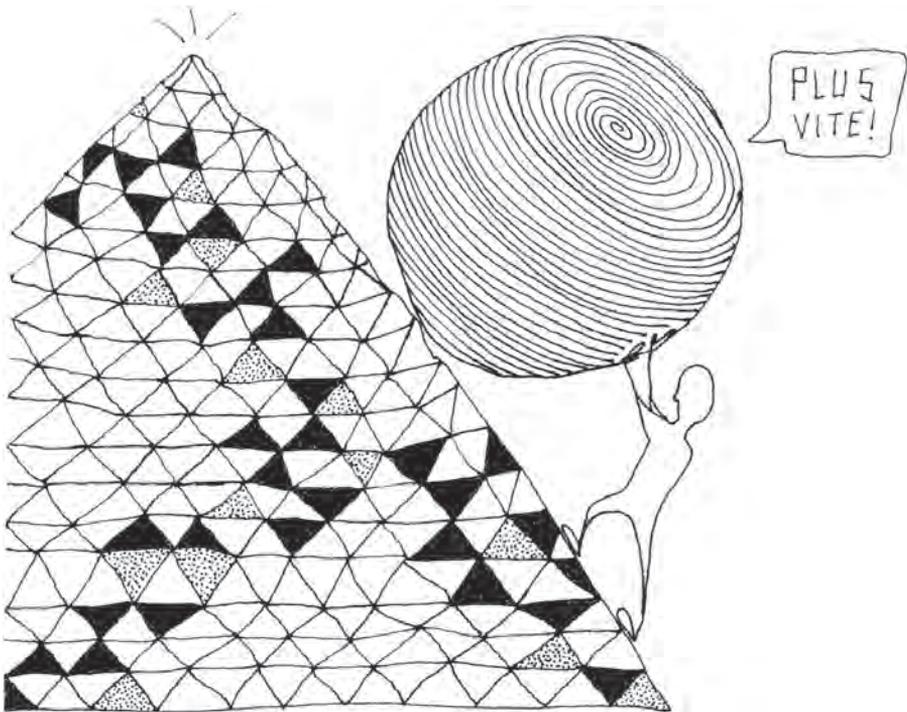
est souvent celui de personnes de sexe masculin ¹⁵, avec une formation supérieure, et de nationalité suisse (Office fédéral de la statistique OFS, 2008). N'y aurait-il pas lieu de démocratiser davantage ce type d'activité favorable à la santé? Cela pourrait prendre la forme de campagnes pour promouvoir la participation d'un plus grand nombre de femmes et de personnes d'origines socioculturelles diverses dans des organisations correspondant à leurs intérêts. Quant aux activités informelles, ne serait-il pas opportun de promouvoir davantage de solidarité et d'entraide pour les assumer (ou en d'autres termes, de socialiser et professionnaliser l'informel)? Cela pourrait passer par la création de structures plus formelles faisant suite à des diagnostics communautaires (voir ci-dessus). Au minimum, il serait bienvenu que les autorités communales répertorient les offres existantes sur le plan local et diffusent cette information auprès des habitant-e-s à la retraite. Ou encore, un système de remboursement des frais pourrait mettre ces activités à portée de tous les budgets. La **promotion de la participation à des activités bénévoles, clubs, associations etc. et de nouvelles formes d'engagement collectif** devraient donc faire partie intégrante d'offres de promotion de la santé

■ 15 Le taux de participation au travail bénévole formel des hommes de 55-64 ans est plus élevé que la moyenne (30.4%), il diminue tout en restant conséquent chez les hommes de 65-74 ans (23.8%) puis baisse à 13% chez les plus de 75 ans. Pour les femmes, les taux sont de 20.4% (55-64 ans), 19.5% chez les 65-74 ans puis 9.8 % chez les plus de 75 ans.

ciblées sur les 'seniors'. Outre les engagements associatifs « classiques », des approches novatrices, par exemple des réseaux d'échanges de savoirs seraient à développer plus largement.

La dépression apparaît comme un risque important qui guette les personnes lors du passage à la retraite et au-delà, d'autant plus qu'elle tend à se prolonger chez les sujets âgés. Il y aurait lieu de mener une **campagne sur la dépression à l'âge de la retraite** auprès des médecins généralistes sur le modèle de celle organisée par l'OFSP sur la prévention du suicide. Il s'agirait de les encourager à interroger activement les patient-e-s dès leur passage à la retraite afin de détecter et traiter les symptômes dépressifs ainsi que les conduites addictives. Par ailleurs, il serait souhaitable que les cours de préparation à la retraite abordent plus directement la prévention de la dépression et la promotion de la santé mentale à la retraite.

Diverses études mentionnées plus haut mettent en évidence un positionnement défavorable des **femmes de plus de 50 ans** en termes de santé et de qualité de vie. Cela n'est pas sans lien avec les inégalités entre hommes et femmes sur le plan professionnel, économique et familial. Alors que nombre de femmes continuent à mener de front une « double journée de travail » au cours de leur vie active, et à assumer la plupart des tâches ménagères et de soutien familial, il est peu surprenant que les surcharges physiques et psychiques engendrées par cette situation entament leur santé. Promouvoir la santé des seniors, cela passe aussi par des actions en faveur de l'égalité entre femmes et hommes, notamment sous l'égide des Bureaux cantonaux et fédéraux de l'égalité.



3.4.2. STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LA POLITIQUE ET LES INSTITUTIONS

A un niveau global, l'urbanisme et l'aménagement des quartiers devraient davantage prendre en compte la promotion de la santé, de la qualité de vie et de l'environnement des personnes qui y vivent et y travaillent. Ceci s'applique aussi aux personnes à la retraite, souvent engagées dans des activités socialement productives sur le plan local (aide aux proches, bénévolat), et donc particulièrement concernées par la qualité de vie dans leur quartier d'habitation.

Bonne pratique : des quartiers et des habitats favorables à la santé et la qualité de vie (High Point, Washington, USA).

Le quartier de High Point dans le Nord Est des Etats-Unis constitue un exemple d'aménagement d'un milieu favorable à la santé. A travers l'effort conjugué des associations d'habitants, des autorités locales et d'urbanistes, ce quartier a été reconstruit à l'aide de fonds fédéraux afin de constituer des habitats à « revenus mixtes » et avec des aménagements ciblés sur la promotion de la santé : jardins potagers « bio » cultivés par des résidents qui vendent leurs produits sur place, espaces verts, modération du trafic, lieux propices à la socialisation, etc. Cet exemple est présenté dans le film documentaire « Place Matters », faisant partie de la série « Unnatural Causes... is inequality making us sick ? » présenté par le National Minority Consortia dans le cadre d'une campagne de sensibilisation sur le lien entre santé et inégalités socioéconomiques. On y entend

des experts tels que David Williams, Professeur de sociologie à la Harvard School of Public Health : « les recherches montrent clairement que la santé s'inscrit dans les conditions plus larges dans lesquelles nous vivons et travaillons. Ainsi, la qualité de l'habitat et la qualité du quartier ont des effets spectaculaires sur la santé » (Chapter 1 : Where you live – notre traduction). Source : http://www.unnaturalcauses.org/episode_descriptions.php?page=5

Des modalités flexibles et individualisées de taux de travail et de retraite, si elles sont choisies par les bénéficiaires, contribuent à la santé et la qualité de vie au-delà de 50 ans. Alors que la Suisse est déjà en tête des autres pays européens en ce qui concerne le travail des 'seniors', imposer sans autre une prolongation des emplois jusqu'à 67 ans et au-delà à tout le monde pourrait avoir des conséquences néfastes en termes de santé publique. Des solutions moins rigides sont préférables. Lorsque le travail est pénible psychologiquement et/ou physiquement, et que la motivation de continuer n'est plus là, une retraite anticipée devrait être possible.

Dans d'autres cas, on pourrait offrir aux personnes intéressées la possibilité de diminuer le taux d'activité progressivement entre 60 et 65 ans. Puis, pour compenser, continuer avec un taux dégressif (ce qui est alors très avantageux car on ne paie plus de 2^e pilier) ¹⁶. En outre, comme il a été souligné en conclu-

■ 16 Suggestions émanant de M. Guy Bovey, directeur d'AvantAge. Entretien du 22.09.2010 accordé à J. De Puy.

sion au programme 50+ santé, on manque encore en Suisse de bases écrites contraignantes, notamment en faveur des retraites flexibles (De Puy, Zurich, Favre Kruit, Fournier, Fall & Steinmann, 2009).

En termes de **stratégies politiques et institutionnelles favorables aux travailleurs et travailleuses âgé-e-s**, la Finlande fait figure de modèle. Ce pays a investi dans « le vieillissement actif » depuis déjà longtemps. Le Programme pour les Travailleurs Agés (1998-2002) a été mis en œuvre par le gouvernement, les partenaires sociaux, des ONG et divers ministères. En particulier, le programme a ciblé le maintien de la capacité de travail, la gestion des âges et l'apprentissage tout au long de la vie. Ce programme a sans doute contribué à des attitudes plus favorables envers les travailleurs et travailleuses âgé-e-s, et à une opinion publique plus favorable à différer l'âge de la retraite (Uusitalo, 2007).

Claudio Bolzman ¹⁷ a indiqué plusieurs pistes, restituées ci-dessous, pour prendre en compte les besoins des personnes étrangères âgées en Suisse. Il préconise tout d'abord une consultation systématique des organisations de migrant-e-s et qui travaillent avec les migrant-e-s lors de l'élaboration des politiques de la vieillesse. Il faudrait qu'on tienne compte de la pénibilité du travail effectué lors du calcul du nombre d'années de cotisations nécessaires pour toucher l'AVS. Ou encore, qu'il soit possible de maintenir (et élargir aux pays non encore concernés) la possibilité de toucher une rente AVS ou AI lors du retour dans son pays d'origine. Il y aurait quelque

■ 17 Consulté par J. De Puy le 21.10.2011

chose à dire sur la prise en compte des années passées au foyer pour éduquer les enfants (y compris dans le pays d'origine) pour le calcul des rentes AVS ; sur la possibilité de cotiser au deuxième pilier, même avec un faible temps partiel (cas de nombreuses femmes migrantes).

Parmi les bases écrites qui devraient inspirer des bonnes pratiques favorables aux migrant-e-s âgé-e-s, on trouve les recommandations de l'OFSP pour développer une politique de « Diversité et égalité des chances » dans les institutions de santé.

Bonne pratique : le Forum National Age et Migration :

« Le forum national s'engage à améliorer la situation des immigrés âgés en Suisse, sur le plan social et de la santé. Pour ce faire, il s'appuie sur un réseau national et international, un travail de relations publiques, un travail de fond et de lobbying. Le forum national s'est fixé pour objectif de renforcer les droits des migrantes et migrants âgés en Suisse et de promouvoir le respect des prestations apportées par cette génération. »

www.alter-migration.ch

Sur le plan des institutions, on notera que certains EMS ont construit des « secteurs méditerranéens » (ex dans le canton de Berne) pour les Italiens et Espagnols.

Enfin, il faut se préoccuper des risques de pauvreté chez les migrant-e-s âgé-e-s dont la situation a été régularisée après plusieurs années de travail « au noir ». Ce pourrait être un argument à mettre en avant dans les campagnes de lutte contre ces pratiques.

Toujours en Finlande, les travaux de Ilmarinen et ses collègues (Ilmarinen, Tuomi & Klockars, 1997) ont démontré que pour maintenir la santé des travailleurs et travailleuses âgé-e-s à un bon, voire à un très bon niveau, il était indispensable de réunir 3 conditions :

- » Des mesures de promotion de la santé individuelles ;
- » Des mesures ergonomiques ;
- » Un comportement de direction amélioré.

En revanche, lorsqu'aucune mesure n'était prise, la santé baissait radicalement de très bonne à mauvaise entre 45 et 65 ans. Si des mesures de promotion de la santé individuelle étaient uniquement prises, la santé tendait à remonter jusqu'à 55 ans puis baissait vers un niveau moyen. Une autre étude finlandaise auprès de travailleurs et travailleuses âgé-e-s (Naumanen, 2007) nous éclaire sur les moyens d'améliorer le comportement de direction : d'une part, promouvoir des moyens d'améliorer la santé physique aussi bien que psychique (soutien, écoute), d'autre part, la promotion d'une organisation favorable à la qualité de vie au travail au niveau de la gestion du personnel, d'un bon climat de travail, dans lequel les personnes se sentent appréciées et ont la possibilité de se perfectionner à tout âge.

En Suisse, de nombreux progrès restent encore à faire en matière de stratégies politiques et institutionnelles, mais des pistes prometteuses se dessinent et demandent à être suivies plus largement.

Bonne pratique : un label pour les entreprises engagées en faveur de la santé du per-

sonnel (Label Friendly Workplace et outil de gestion PME-Vital, Promotion Santé Suisse).

En Suisse, le label « Friendly Workplace » institué par Promotion Santé Suisse, ou l'outil « PME Vital » sont des mesures incitatives, offrant des modèles de gestion du personnel favorables à la santé. Friendly Work Space® est le sigle de qualité, respectivement le label, qui distingue les entreprises qui mettent en œuvre avec succès des mesures visant l'optimisation des conditions cadres de l'entreprise et qui considèrent la gestion de la santé en entreprise comme partie intégrante de la gestion d'entreprise.

Les entreprises souhaitant introduire la gestion de la santé dans leur organisation trouveront du soutien sur www.pme-vital.ch, le site web de Promotion Santé Suisse qui offre des outils pour la gestion de la santé en entreprise. Source : http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betrieblische_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/label/unser_anliegen.php?lang=f

Il existe donc des moyens concrets de prévenir, en amont, les départs en retraite anticipée pour raisons de santé ou de mal-être au travail. Par exemple, les interventions de santé au travail impliquant du personnel médical, qui discute les situations de travail et de santé avec les superviseurs et les dirigeants, a prouvé son efficacité (De Boer, van Beek, Durinck, Verbeek & van Dijk, 2004). En outre, des démarches participatives sont essentielles pour des interventions favorables à la santé et la qualité de vie sur le lieu de travail. Mais se limiter à des mesures ponctuelles telles que affiches, flyers, brochures sera peu efficace,

comme l'ont conclu les participant-e-s à un atelier animé par Jean-Charles Rey, lors du colloque destiné aux entreprises « 50 ans et plus... en forme au travail » qui s'est tenu à Lausanne le 30.10.2009 (De Puy, 2010). En particulier, l'efficacité de la prévention des risques organisationnels repose sur sa pérennisation, car ce sont des processus qui se développent sur de longues périodes (Debrand & Lengagne, 2007, p. 35). Une revue des interventions de promotion de la santé sur le lieu de travail a montré que, lorsqu'on se limite à des programmes centrés sur la santé physique, cela peut certes améliorer les performances physiques, mais n'a généralement pas d'effet sur la satisfaction au travail (Shepard, 2000).

Les **perspectives de mobilité professionnelle** – internes et externes aux entreprises et institutions – peuvent indéniablement contribuer à la qualité de vie au travail. En effet, rien de pire que de se sentir 'coincé-e' dans un poste qui ne vous convient pas jusqu'à la retraite... Qui plus est, une telle situation peut être un terrain propice à une dégradation des liens sociaux au travail, notamment, le harcèlement ou le mobbing ¹⁸. Les réticences des employeurs à engager des 'seniors' seraient largement motivées par les coûts de cette catégorie d'âge, notamment ceux du 2^e pilier. Les emplois dans lesquels on pratique

■ 18 Voir à ce propos le rapport du projet mené sur cette thématique dans le cadre du Programme 50+ santé par la Haute école ARC Neuchâtel (Grosvernier, Guénette, & Laurent, 2007).
<http://www.50plussante.ch/index.php?IDtheme=1&IDcat9visible=1&langue=F>

la primauté des prestations (le même taux de cotisation pour tous, par opposition à un taux augmentant en fonction de l'âge) sont plus favorables à cet égard. Il y aurait lieu que des acteurs sociaux se mobilisent afin d'amener les caisses de pension à changer leurs pratiques.

Les capacités sensorielles (vue, ouïe, résistance à la chaleur, etc.) tendent à diminuer avec l'âge mais des **ajustements ergonomiques des postes de travail** les compensent (Crawford et al., 2009). De manière générale, des mesures de prévention de l'usure professionnelle sont à développer. En cas d'accident, un soutien plus conséquent pour favoriser le rétablissement des travailleurs et travailleuses âgé-e-s est souhaitable. Or, il reste encore beaucoup à faire en termes d'aménagements des tâches et des environnements de travail, alors que de telles interventions se sont avérées très bénéfiques tant sur le plan physique que psychique, et sont largement préconisées dans la littérature (id. ant. p. 25). Le recours à des spécialistes de santé au travail est important. Ceux-ci disposent d'outils éprouvés tels que le « WorkAbility Index » (WAI) afin de définir des carrières adaptées à l'âge, aux charges et aux contraintes des postes ¹⁹. Pour l'instant, ce sont surtout quelques grandes entreprises en Suisse qui prennent des mesures conséquentes.

Il est démontré que les **accidents professionnels** sont plus rares chez les travailleurs

■ 19 Recommandations émises par Brigitta Danuser, Colloque « 50 ans et plus... en forme au travail ? », Lausanne, le 30.10.2009.

et travailleuses âgé-e-s, mais par ailleurs, sont **plus souvent mortels** ou donnent lieu à des incapacités de travail plus longues que chez les plus jeunes. Dans ce contexte, on peut s'inquiéter que la décision des assureurs suisses de ne plus rembourser les frais de lunettes dans le cadre de l'assurance de base n'amène des personnes de plus de 50 ans atteintes de presbytie à ne plus se procurer de lunettes adaptées à leur vue. Cela risque alors de se répercuter négativement sur la sécurité au travail.

On l'a vu, **se sentir valorisé et apprécié pour le travail accompli est favorable à la santé**. Ce type de connaissances devrait être enseigné dans toute formation au management. De manière générale, une formation des cadres à la promotion de la santé en entreprise devrait être systématique. Dans la même optique, tout responsable de ressources humaines devrait avoir dans son cahier des charges l'évaluation d'impact des décisions de management sur la santé du personnel.

Des systèmes de **valorisation, de développement et de transmission des connaissances des 50+ dans les entreprises** et institutions sont à promouvoir, ainsi qu'un allègement des tâches productives. Par exemple, il pourrait être envisagé de libérer un 20% du temps de travail d'employé-e-s âgé-e-s pour des tâches de mentorat. Ou encore, des duos d'échanges de savoirs entre travailleurs seniors et juniors. Quant à des politiques incitatives à la formation continue des travailleurs et travailleuses âgé-e-s, et à des pédagogies adaptées à l'âge, on l'a vu, contribuent non seulement à l'employabilité des 'seniors', mais de manière plus large – au maintien de leur qualité de vie et de leur santé. Lors du recrutement du personnel,

il serait important que les employeurs soient attentifs à une diversité des âges dans les candidatures retenues. Ou mieux encore, on pourrait, comme dans d'autres pays, ne plus autoriser la mention d'une limite d'âge dans les offres d'emploi.

3.4.3. POTENTIEL SOCIAL ET ENGAGEMENT FAVORABLES À LA SANTÉ

Il existe en Suisse un certain nombre d'institutions actives dans la promotion de la santé au travail. Cependant, il reste encore un vaste potentiel pour que des groupes déjà actifs et de nouveaux acteurs se mobilisent en faveur de la santé et de la qualité de vie au travail et à la retraite.

Il s'agira de **sensibiliser et mobiliser davantage de nouveaux partenaires**, tels les syndicats, les associations professionnelles, en particulier celles qui représentent les intérêts des employé-e-s. Il serait alors souhaitable qu'ils se constituent en groupes de pression pour soutenir les mesures préconisées dans ce document. Dans ce but, une campagne d'information auprès d'associations professionnelles, comportant l'envoi d'un résumé ciblé des résultats du présent rapport, pourrait être lancée.

Il y a lieu de stimuler les processus d'appropriation des questions de santé des 50+, au moyen de **projets-pilotes permettant d'expérimenter des interventions basées sur l'évidence scientifique**. Sur l'exemple de la Fondation Génération Plus, il y a lieu de soutenir et évaluer des projets novateurs visant à promouvoir la qualité de vie des personnes âgées.

Bonne pratique : un financement pour des projets-pilotes (Prix Chouette/ Eulen Award, Fondation Génération Plus).

En 2011, les thèmes de premier plan pour les candidatures aux « Prix Chouette » étaient :

- » la mobilité dans l'âge voyageur/voyageuse jusqu'à 100 ans... (thème principal)
- » projets de promotion de la santé
- » approche créative concernant l'encadrement et les soins
- » concepts pour une nouvelle orientation professionnelle à partir de 50 ans
- » formes de communication et de rencontre appropriées à l'âge
- » la sécurité

Source : <http://stiftung-generationplus.ch/schwerpunktthema-de.xhtm>

Il existe encore beaucoup de lacunes dans les connaissances et l'évaluation des pratiques en matière de santé des travailleurs et travailleuses âgé-e-s, comme le concluent Crawford et ses collègues dans leur revue des bonnes pratiques fondées sur l'évidence. Notamment, il faudrait une **analyse des accidents fatals ou de la prévalence élevée des troubles musculo-squelettiques, du stress et de l'anxiété dans cette catégorie d'âge**. Et surtout, on manque de données scientifiques sur **l'efficacité des interventions auprès des travailleurs et travailleuses âgé-e-s**. Un déficit de recherche se fait sentir tout particulièrement concernant les facteurs psychosociaux qui les affectent – et les moyens de les prévenir (Crawford et al., 2009). En Suisse, il serait grand temps que des recherches-interventions et des projets-pilotes soient menés sur l'efficacité des mesures

de promotion de la santé au travail et lors du passage à la retraite. Plus généralement, les connaissances sont encore lacunaires sur de nombreuses thématiques autour de la santé à l'approche et autour de la retraite. Grâce aux données SHARE, nous disposons d'une vue d'ensemble statistique sur de nombreuses problématiques concernant la santé après 50 ans. Des recherches qualitatives complémentaires permettraient d'éclaircir un certain nombre de thèmes qui demandent à être investigués plus en profondeur. L'appel d'offres de la Fondation Leenards pour des projets de recherches sur le thème de la qualité de vie des personnes âgées est un exemple de bonne pratique qui pourra contribuer à pallier les lacunes des recherches en Suisse.

Bonne pratique : un appel d'offres à projets de recherche (Fondation Leenards).

Dans le domaine social, conformément à la volonté de ses fondateurs, la Fondation Leenaards soutient en priorité des projets visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Pour favoriser une réflexion centrée sur la façon dont les personnes âgées et leurs proches immédiats comprennent, perçoivent et agissent sur leur bien-être, la Fondation Leenaards lance un appel à projets qui sera reconduit annuellement durant 5 ans au minimum. Source : <http://www.leenaards.ch/fr/fondation/documents.php>

En ce qui concerne la qualité de vie post-professionnelle, des initiatives novatrices seraient bienvenues pour soutenir des formes d'engagement social favorables à la santé des retraité-e-s.

3.4.4. COMPÉTENCES INDIVIDUELLES FAVORABLES À LA SANTÉ

Il existe en Suisse romande des offres d'ateliers en groupe pour les travailleurs et travailleuses de plus de 50 ans. Par exemple, AvantAge, un service de Pro Senectute, propose ses prestations aux entreprises et vise à valoriser les savoirs et savoir-faire que ces travailleurs et travailleuses possèdent, mais ne savent pas mettre en valeur dans un marché du travail dont les règles ont changé.

Bonne pratique : formations en entreprise destinées aux travailleurs 'seniors' (AvantAge : cours 'se réaliser en pilotant sa carrière').

Dans un environnement économique globalisé et hyper-compétitif, maintenir et développer les qualifications et la motivation de ses collaborateurs et collaboratrices jusqu'à la retraite, et utiliser et valoriser le potentiel de sa main-d'oeuvre expérimentée et stratégique peuvent être des atouts décisifs.

Objectifs :

- » permettre à vos collaborateurs de dresser un bilan complet de leur situation professionnelle actuelle,
- » clarifier les voies possibles de la valorisation de leurs acquis au sein de l'entreprise,
- » préparer la négociation de leur avenir professionnel à court, moyen ou long terme, dans la perspective de maintenir un partenariat motivant.

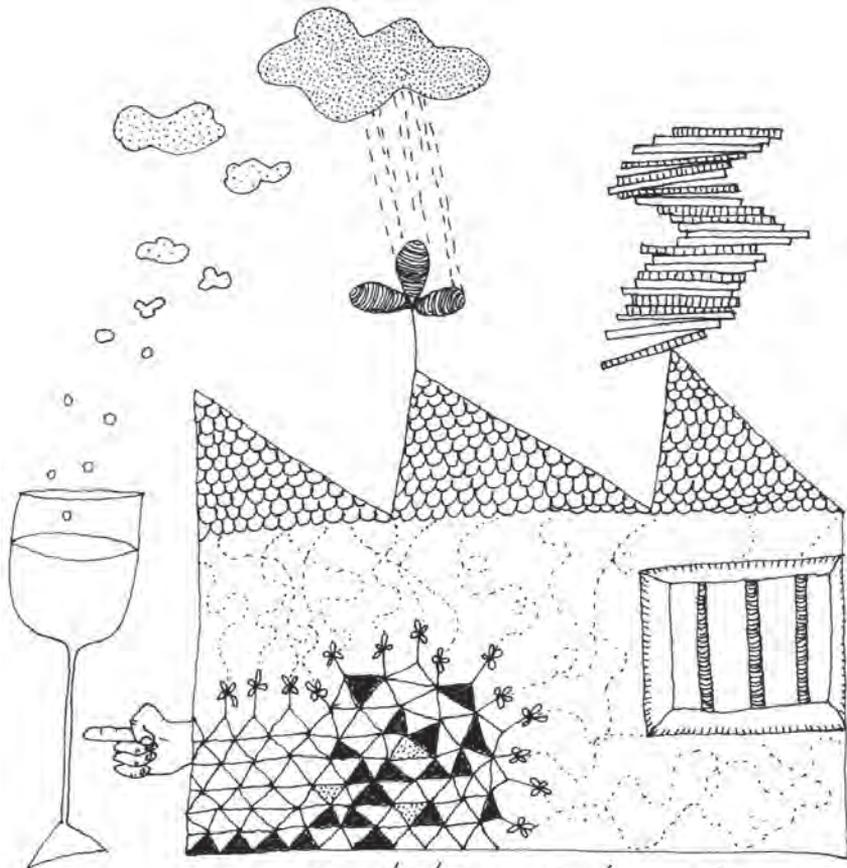
(Source : <http://www.fr.avantage.ch>).

Ou encore, les Cercles de Legs, initiative développée par Diane Doyon au Québec, introduite en Suisse romande par Marie-Christine Willemin, aide les personnes dès 50 ans à redéfinir leurs objectifs professionnels.

Bonne pratique : l'accompagnement à la transition du « dernier tiers de la vie professionnelle ».

A l'approche de la retraite, l'aspiration à transmettre ses savoirs est un facteur de motivation important qui conditionne le désir de partir ou de rester. En effet, la possibilité de transmettre ses savoirs donne du sens au travail, ainsi plus ce sens est positif plus la personne vivra sereinement les années qui la séparent de la retraite. Les personnes en fin de carrière se sentent valorisées, reconnues et utiles lorsqu'elles ont la possibilité de transmettre leurs expériences.

Le travail de transmission est toutefois exigeant et demande une certaine préparation pour que chaque personne repère ce qu'elle souhaite léguer, à qui et comment le faire. Il s'agit souvent de savoirs tacites nécessitant un questionnement et une maturation pour devenir explicites pour la personne elle-même. Le Cercle de legs amène les participants à se positionner face à ces questions et leur permet d'adopter une attitude de partage et de soutien envers les jeunes générations, favorisant ainsi l'établissement de relations harmonieuses. Le Cercle de legs alimente ainsi un vivier de coachs et de mentors. Au cours des séances, les différentes étapes de la transition seront abordées, en considérant tout autant la gestion du changement extérieur que le vécu intérieur qui constitue justement



ma petite entreprise

le processus de transition. La transition et le changement ne se vivent souvent pas au même rythme, ce qui peut entraîner des décalages qu'il est important de prendre en compte dans ce virage personnel et professionnel. Source : espace-competences.ch/perfectionnement/cercle-de-legs-professionnel-planifier-et-gérer-la-transition-vers-la-retraite. Voir aussi www.cercledelegs.com

De manière générale, les échanges inter-générationnels devraient plus souvent être recherchés par les individus et encouragés par les institutions, que ce soit au sein des entreprises, ou entre personnes actives et retraitées. En effet, il existe un grand potentiel de transmission mutuelle des savoirs entre générations, mais aussi de renforcement du lien social entre jeunes et seniors.

3.5. RÉCAPITULATIF DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Pour clore ce chapitre riche en enseignements, il paraît utile d'offrir un récapitulatif des réponses apportées à chacun des questionnements initiaux, mais aussi de relever les découvertes effectuées au-delà de ces derniers.

3.5.1. QUEL EST L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES LIENS ENTRE «TRAVAIL VERSUS RETRAITE », VIEILLISSEMENT ET SANTÉ ?

Plus particulièrement, en quoi et de quelle manière une activité professionnelle peut contribuer à maintenir ou au contraire péjorer la santé après 50 ans, 60 ans, 70 ans ?

La revue de la littérature a abouti à la collecte d'un certain nombre d'évidences solides en réponse à la première question de recherche (voir chapitres 3.1. à 3.3.). Un premier constat important est celui d'une hétérogénéité des processus et modalités de vieillissement. Il y a alors peu de sens de considérer les populations étudiées par tranches d'âge, comme envisagé initialement. En effet, à côté du vieillissement biologique, on peut parler de types de vieillissements « produits » par l'environnement, et surtout, par les conditions de travail (Faurie et al., 2008, p. 149).

Du côté positif, la notion de qualité de vie au travail après 50 ans a été approfondie dans plusieurs travaux présentés dans la section 3.1.1. Nous avons constaté que, par rapport

au reste de l'Europe, les employé-e-s âgé-e-s en Suisse ont une vision positive de leurs conditions de travail à plusieurs égards : satisfaction globale, salaires, soutien. Il y aurait cependant des améliorations à apporter sur d'autres plans : on travaille trop souvent sous pression, on se plaint de la pénibilité ou du manque de liberté.

En matière de risques liés au travail, les individus âgés devraient éviter ou cesser certains types d'activités pour préserver leur santé : horaires prolongés, travail de nuit, environnements physiques exigeants (exposition importante au bruit ou à des hautes chaleurs). A tout âge, il faut se protéger des effets cumulatifs ou « dose dépendants » d'une exposition à des produits toxiques. Il est déconseillé de passer des années à répéter les mêmes gestes à des cadences rapides ou dans des positions peu ergonomiques, et c'est souvent dès 50 ans qu'on en ressent fortement les effets. Les influences néfastes pour la santé après 50 dépendent également beaucoup des conditions de travail – et pas seulement du type d'activité exercée. En termes de santé publique, cela signifie qu'une bonne partie des risques sont « malléables » et qu'il est possible de les prévenir. Cela implique aussi que les coûts sociaux et économiques de l'absence de prévention sont importants.

Les risques physiques et psychiques sont étroitement liés. Parmi les facteurs de risque explorés dans les chapitres 3.2. (mortalité), les sections 3.3.1. (atteintes physiques) et 3.3.2. (atteintes psychiques), nombreux sont ceux qui peuvent être contrôlés. Peu d'entre eux sont spécifiques aux personnes de plus de 50 ans mais ils affectent souvent plus for-

tement les individus en fin de carrière. Les accidents sont moins fréquents chez les travailleurs et travailleuses âgé-e-s que chez les plus jeunes. Mais lorsqu'un accident survient, il est plus souvent mortel ou occasionne une période de récupération plus longue chez les plus de 50 ans. Parmi les « nouveaux risques » qui ont émergé avec le contexte économique actuel, on trouve les pressions temporelles et les problèmes de stress qui affectent tout le monde, mais sont particulièrement délétères pour les 'seniors', davantage enclins à soigner la qualité qu'à privilégier la vitesse. Sur le plan psychique, la dévalorisation de la main-d'œuvre âgée est une source importante de souffrance au travail après 50 ans.

Les risques pour la santé en lien avec la retraite sont explorés dans les sections 3.3.3. (atteintes physiques) et 3.3.4. (atteintes psychiques). Des études ont mis en évidence que la qualité des aménagements et infrastructures dans les lieux de vie (entreprises, habitations, espaces verts, sécurité, etc.) ont un impact certain sur la santé, notamment sur la prévention de maladies chroniques, mais permettent en outre de contrôler bon nombre de facteurs de stress négatifs.

3.5.2. QUELS MODÈLES ET MODALITÉS DE TRAVAIL SE SONT-ILS AVÉRÉS BÉNÉFIQUES POUR LA SANTÉ APRÈS 50 ANS ?

Sur la base des données scientifiques récoltées à grande échelle, il a été possible de dégager des constats clairs sur les éléments favorables à la santé des travailleurs et travailleuses âgé-e-s (voir section 3.1.1.). On sait en effet que le mode d'organisation du travail contribue de manière conséquente à la santé au travail après 50 ans. Il a été démontré que les facteurs suivants, surtout s'ils sont présents tout au long de la vie, sont propices à une bonne qualité de travail pour les seniors :

- » Un engagement mental – notamment l'accès à des formations continues – et une marge d'autonomie et de contrôle sur son travail ;
- » La perception d'un niveau de récompense reçue en adéquation avec les efforts consentis ;
- » Des mesures de maintien des capacités physiques et cognitives, et des aménagements des postes en adéquation (adaptations ergonomiques, modulation du temps de travail, etc.).

Il ressort en outre que la santé au travail se construit tout au long de la vie. Des mesures de prévention et de promotion de la santé à tout âge – telles qu'elles sont décrites dans le chapitre 3.4. – demandent à être généralisées et soutenues à tous les niveaux de la société.

Quant au moment optimal pour prendre sa retraite... c'est surtout celui qu'on peut choi-

sir librement. Il est alors impératif d'offrir plus souvent des modalités de retraites « à la carte », s'accompagnant des ressources financières en adéquation. Visiblement, le désir de retraite anticipée est plus souvent lié à un mauvais état de santé et des conditions de travail défavorables, qu'à un souhait de s'affranchir purement et simplement d'une activité professionnelle. Sur le plan des politiques sociales, les incitations à travailler plus longtemps doivent impérativement être flexibles et s'accompagner d'une optimisation des conditions de travail prenant en compte les besoins des 'seniors', notamment des diminutions du taux de travail.

3.5.3. QUELLES DIFFÉRENCES SONT À PRENDRE EN COMPTE ?

Notamment en fonction de l'activité exercée et de la place dans la profession, du parcours et du style de vie, de l'origine socioculturelle, du capital social, du genre, de l'état de santé, etc. ?

Deux caractéristiques sociodémographiques sont ressorties comme déterminantes en termes de santé au travail et au-delà de la retraite : il s'agit du niveau socio-économique d'une part, et du genre, d'autre part. Elles émergent en effet comme significatives dans divers travaux présentés tout au long des chapitres 3.2. et 3.3.

Les inégalités socio-économiques se répercutent de manière quasi linéaire sur l'espérance de vie et les perspectives d'avancer en âge en bonne santé. Plus on monte dans la hiérarchie sociale, meilleur est l'état de santé

et le bien-être au travail et à la retraite après 50 ans, et cela ne s'explique que partiellement par le style de vie (nourriture, exercice, etc.). C'est bien davantage la marge de liberté dont on dispose et le contrôle qu'on exerce sur son environnement qui ont une influence favorable sur la santé.

Les inégalités de genre pèsent négativement sur la santé psychique des femmes âgées de plus de 50 ans, chez qui les risques de dépression sont relativement importants. Dans la sphère professionnelle, elles sont plus nombreuses à déplorer un manque de reconnaissance et de contrôle. Dans la sphère privée, elles assument des tâches souvent lourdes d'aidantes informelles envers des proches âgé-e-s.

En outre, le statut de migrant, associé à des moyens économiques faibles et des conditions de travail défavorables, est également un facteur de vulnérabilité en termes de vieillissement (voir section 3.3.5.).

3.5.4. QUELLE EST L'INCIDENCE DES POLITIQUES PUBLIQUES, DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE, DES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL ?

Le chapitre 3.4.2. aborde les stratégies de promotion de la santé qui se sont révélées efficaces au niveau de la politique et des institutions. L'une des découvertes les plus marquantes de l'enquête européenne SHARELIFE est l'impact crucial des politiques publiques et des systèmes de sécurité

sociale sur la santé et la qualité des populations au travail et à la retraite. Il convient alors de ne plus considérer comme des charges les dépenses consenties pour améliorer la qualité du travail, la réhabilitation et le retour au travail, ou encore les soutiens aux personnes actives les moins favorisées. Il s'agit bel et bien d'investissements préventifs, qui continuent à porter des fruits des années plus tard, puisqu'ils se répercutent sur la santé et à la qualité de vie des personnes les plus âgées.

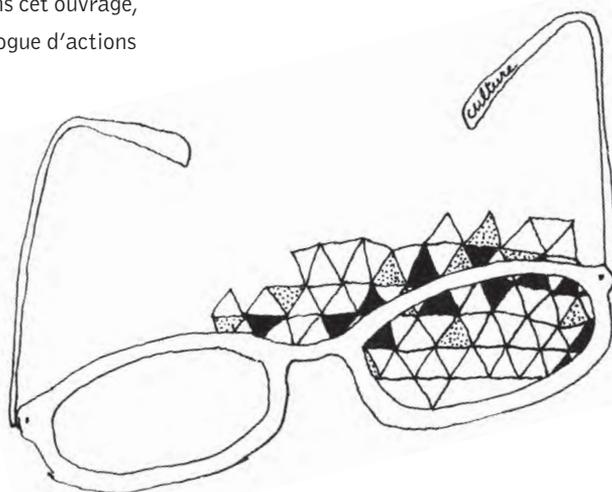
Il est prouvé que les directions des entreprises et institutions ont un rôle déterminant à jouer et sont appelées à instaurer des formes d'organisation du travail favorisant la protection de la santé de leur personnel. Cela demande de s'appuyer sur des modèles éprouvés de gestion du personnel, de gestion de la santé et de la sécurité au travail.

3.5.5. QUELLES BONNES PRATIQUES ONT-ELLES DÉJÀ FAIT LEURS PREUVES ? QUELLES SERAIENT LES ACTIONS ET MESURES PRIORITAIRES À METTRE EN PLACE EN SUISSE, DANS UNE PERSPECTIVE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Le chapitre 3.4. fourmille d'exemples de bonnes pratiques qui ont été identifiées en Suisse et dans d'autres pays. Elles agissent, comme il se doit, à divers niveaux sociaux. Nous avons repéré des enjeux majeurs pour la promotion de la santé et la qualité de vie des 'seniors' au travail et à la retraite. Il est impératif de donner priorité à des conditions de travail propices à la santé tout au long de la

vie. Pour paraphraser Charlotte Olivier, seule la coordination et la coopération de toutes les forces – particulièrement les acteurs politiques et les organisations du monde du travail – assureront le succès de cette entreprise. Quant aux bonnes pratiques envers les personnes retraitées, celles-ci se cristallisent premièrement autour d'aménagements favorables à la santé dans les lieux de vie, afin de les rendre propices à la mobilité, l'activité physique, l'alimentation saine, la sociabilité et l'engagement associatif des populations, en tenant compte des besoins spécifiques des aîné-e-s à revenus modestes ou à mobilité réduite. Deuxièmement, la dépression et l'isolement des personnes retraitées demandent une attention plus soutenue à tous niveaux : sensibilisation des médecins de premier recours, du personnel de soins et d'aide à domicile, engagement des communes, etc. Enfin, des soutiens aux aidant-e-s naturel-le-s méritent d'être instaurés.

Sur la base des évidences scientifiques et des bonnes pratiques présentées dans cet ouvrage, la conclusion aboutit à un catalogue d'actions et mesures prioritaires.



QUELLES PRIORITÉS ?

Est-il plus favorable pour la santé de travailler le plus longtemps possible ou d'être à la retraite ?

A cette question simple, nous avons constaté qu'il n'existe pas une seule réponse, ni de solutions simplistes. Cette étude nous a néanmoins apporté la satisfaction de récolter un certain nombre d'évidences scientifiques solides.

Nous avons commencé par constater que les personnes de 50 ans et plus, au travail ou à la retraite, sont en moyenne relativement bien loties en Suisse par rapport au reste de l'Europe en ce qui concerne leur santé et leur qualité de vie.

Puis nous avons distingué quelques nuages dans le ciel helvétique contemporain et à l'horizon des années à venir. Les employeurs publics et privés sont sous pression pour produire davantage avec moins de moyens. Les rythmes de travail s'intensifient, les conditions de travail deviennent plus précaires. Des risques psychosociaux pour la santé et la sécurité au travail s'en trouvent multipliés (souffrance au travail, stress, insécurité, violences, ...), mais aussi certains risques physiques (troubles musculo-squelettiques, accidents, ...), alors que les atteintes « traditionnelles », liées au bruit, à la chaleur, aux produits toxiques, etc. sont encore présentes.

Certes, tout le monde en pâtit, mais, nous l'avons montré, les conséquences pèsent particulièrement lourd sur les épaules des travailleurs 'seniors', surtout quand l'exposition aux risques dure depuis des années. Les inégalités de genre et les inégalités économiques affectent aussi la santé au travail ou à la retraite : plusieurs études concordent en

montrant que les femmes et les personnes de bas niveau socio-économique, après 50 ans, témoignent d'une moins bonne santé que les autres.

En tout état de cause, des solutions existent pour juguler les risques, pour maintenir et promouvoir santé et qualité de vie après 50 ans en Suisse. Ces pistes sont exposées en détail au long du chapitre 3 et nous ne reviendrons pas sur chacune d'elles. Par exemple, des recherches ont prouvé que la flexibilité choisie – travailler, prendre sa retraite complètement ou progressivement – est bonne pour la santé. L'importance de maintenir une activité physique et mentale, particulièrement quand on vieillit, est relativement connue. Mais peu savent qu'un engagement bénévole après la retraite est bon pour la santé. Ou encore, nous avons appris qu'une charge de travail importante peut être supportable, même après 50 ans, si elle s'accompagne d'une bonne dose de reconnaissance.

Les constats établis dans ce document demandent maintenant à être largement connues et appellent des mesures concrètes et ancrées dans la réalité suisse. Plusieurs pistes prometteuses et des exemples de bonnes pratiques ont été évoqués dans la section 3.5.

A l'issue de cette investigation qui a montré la complexité de la problématique travail-santé-retraite et la richesse des solutions possibles, il est opportun de centrer les projecteurs sur les actions à mettre en œuvre – à notre sens – de façon prioritaire. Certes, l'on reconnaît largement dans les milieux spécialisés en prévention et promotion de la santé qu'il est essentiel de prendre en compte tous

les niveaux sociaux : individus, groupes, organisations, normes et structures sociales ou politiques ¹. Cependant, une approche intégrée de la santé et de la qualité de vie au travail et à l'aube de la retraite en Suisse n'est pas encore une évidence pour les acteurs et les systèmes concernés. C'est pourquoi, en conclusion à notre investigation, il nous semble opportun de proposer une « équation favorable à la santé » au travail et à la retraite après 50 ans, en insistant sur la nécessité de n'en omettre aucune des composantes.

La société, la politique

Il est établi que la santé au travail et à la retraite après 50 ans se construit tout au long de la vie. Il existe en Suisse des dispositions de loi importantes pour la protection de la santé des travailleurs et travailleuses (p.ex. Art. 328 CO). Au vu des résultats probants du modèle finlandais, dans lequel les autorités politiques se sont engagées au plus haut niveau en faveur de la santé au travail, il y a lieu d'enjoindre et d'encourager les employeurs de manière beaucoup plus ferme à se conformer aux lois. Il importe par exemple, de faire appliquer la directive MSST, dont la mise en œuvre est encore loin d'être généralisée en Suisse.

■ 1 Ces niveaux sont repris du site Quint-essenz, qui met diverses ressources à disposition des projets de promotion de la santé (voir <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1133>).

Ils reflètent des catégories d'analyse chères aux sociologues : les niveaux macrosocial, mésosocial et microsocial.

Pourtant, elle représente une base importante pour juguler nombre de problèmes de santé physiques et psychiques évoqués au cours de notre étude. Cette directive « règle l'obligation de faire appel à des spécialistes de la sécurité au travail; oblige à procéder à la détermination des dangers et à la planification des mesures, et formule pour le système de sécurité de l'entreprise des exigences spécifiques en fonction des groupes cible »².

Ainsi qu'il avait été souligné en conclusion au programme 50 plus santé³, il importe de disposer d'autres bases écrites contraignantes pour des actions significatives, notamment dans le domaine de la réinsertion, en cas de licenciements et pour permettre la retraite flexible sur 10-15 ans. Influencer les milieux politiques en vue de créer des conditions cadres favorables aux travailleurs et travailleuses âgé-e-s reste un objectif difficile à atteindre, et sa réalisation s'est déjà heurtée à des obstacles plus importants que prévus (De Puy, Zurich, Favre Kruit, Fournier Fall, Steinmann et al., 2009).

■ 2 Source : <http://www.ekas.admin.ch/index-fr.php?frameset=20>

■ 3 Le programme 50+ santé a été mené sous l'égide de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales et de Promotion Santé Suisse. 12 projets pilotes ont été mis en oeuvre entre 2004 et 2008. Ils se sont concentrés sur les conditions de vie en lien avec le travail : milieu de travail, situation de chômage et passage à la retraite. La documentation complète est disponible sur le site <http://www.50plussante.ch>.

C'est pourquoi, au travers de la présente brochure, nous tenons à souligner l'importance et le caractère prioritaire d'actions à ce niveau. Nous invitons les acteurs politiques à se mobiliser et constituer des groupes de pression en vue d'une véritable politique de santé au travail à l'échelle nationale, prenant en compte la prévention des risques à la fois physiques et psychiques tout au long de la vie.

Ainsi que le montrent les données SHARE, la pauvreté des personnes retraitées est un problème de santé publique à l'échelle européenne, et il s'agit aussi en Suisse d'anticiper ce phénomène qui risque de s'accroître avec le vieillissement démographique et les dynamiques de précarisation du travail.

Investir des fonds publics dans des politiques de prévention précoce et de prévention adéquates permet de diminuer des coûts sociaux et économiques à long terme, notamment ceux liés à l'assurance invalidité ou à l'aide sociale.

Le cadre de vie

Notre état des connaissances a montré l'importance du milieu de vie sur la santé. Il est donc particulièrement important que les politiques locales d'aménagement du territoire et d'urbanisation prennent en compte l'impact sur la santé des habitant-e-s (référence : <http://www.impactsante.ch/spip/>), et prévoient des infrastructures adaptées aux différents âges. Il est particulièrement important de prévoir par exemple des offres permettant aux personnes les plus âgées et celles à revenus modestes d'avoir accès à une nourriture équilibrée, de bouger et de participer à des activités de loisirs.

Sur le plan communal, des démarches par-

ticipatives visant à consulter les résident-e-s, appuyant des initiatives de collaborations intergénérationnelles et d'engagements bénévoles pourront grandement contribuer à réduire l'isolement et trop souvent, les dépressions dont souffrent nombre de personnes retraitées.

Les organisations

Il est aujourd'hui de mieux en mieux admis que les employeurs ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé de leur personnel et nous ne réitérons pas dans cette étude ce qui a déjà été très bien dit sur la promotion de la santé des travailleurs et travailleuses âgé-e-s dans les entreprises. Soulignons simplement l'importance d'avoir recours à des spécialistes de santé au travail (par exemple, infirmiers/ères ou médecins du travail). Il s'agit maintenant principalement de passer des paroles aux actes, et les organisations du monde du travail (syndicats, associations professionnelles, organisations patronales), ont aussi la responsabilité de faire évoluer la situation. Nous relèverons, plus directement en lien avec le thème de cette étude, qu'il y a lieu de promouvoir tout particulièrement la reconnaissance et la valorisation des employé-e-s âgé-e-s, qui sont ressorties comme des facteurs particulièrement favorables à la santé.

Il est également souhaitable que les employé-e-s âgé-e-s puissent adapter leur taux de travail, mais aussi le rythme et la répartition des tâches en fonction de leurs capacités, afin de pouvoir les mettre en valeur.

Alors que le développement durable est à l'ordre du jour, on souhaiterait que les organisations soient aussi plus systématiquement

évaluées en fonction de leur responsabilité sociale à l'égard de leur personnel. En particulier, nombre d'organisations pourraient privilégier dans leurs investissements les entreprises qui s'engagent en faveur de la santé des employé-e-s, y compris les plus âgé-e-s ⁴.

Le dépistage et la prévention des troubles dépressifs lors du passage à la retraite est apparu comme un besoin important. Ce serait un thème qui mérite d'être porté par les organisations concernées par la santé des personnes vieillissantes et les milieux soucieux d'améliorer la prévention et la prise en charge au cabinet médical.

Les groupes de personnes

Les savoirs et savoir-faire sur la santé au travail après 50 ans pourraient sans doute être mieux connus parmi divers groupes d'intérêt, comme les commissions du personnel, les syndicats ou les associations d'employé-e-s. Celles-ci pourront dès lors s'impliquer dans des initiatives dans leur milieu professionnel. Il est en effet avéré que les démarches participatives de promotion de la santé dans les entreprises sont les plus efficaces.

Quant aux activités associatives, elles sont susceptibles de favoriser à maints égards la santé et la qualité de vie de leurs membres.

■ 4 Un projet du programme 50+ santé, consacré à la responsabilité sociale des entreprises a émis des propositions très concrètes d'indicateurs « santé & sécurité » à l'usage des investisseurs institutionnels.

Voir http://www.50plussante.ch/DocUpload/Rapport_50plussante_RSE_.pdf

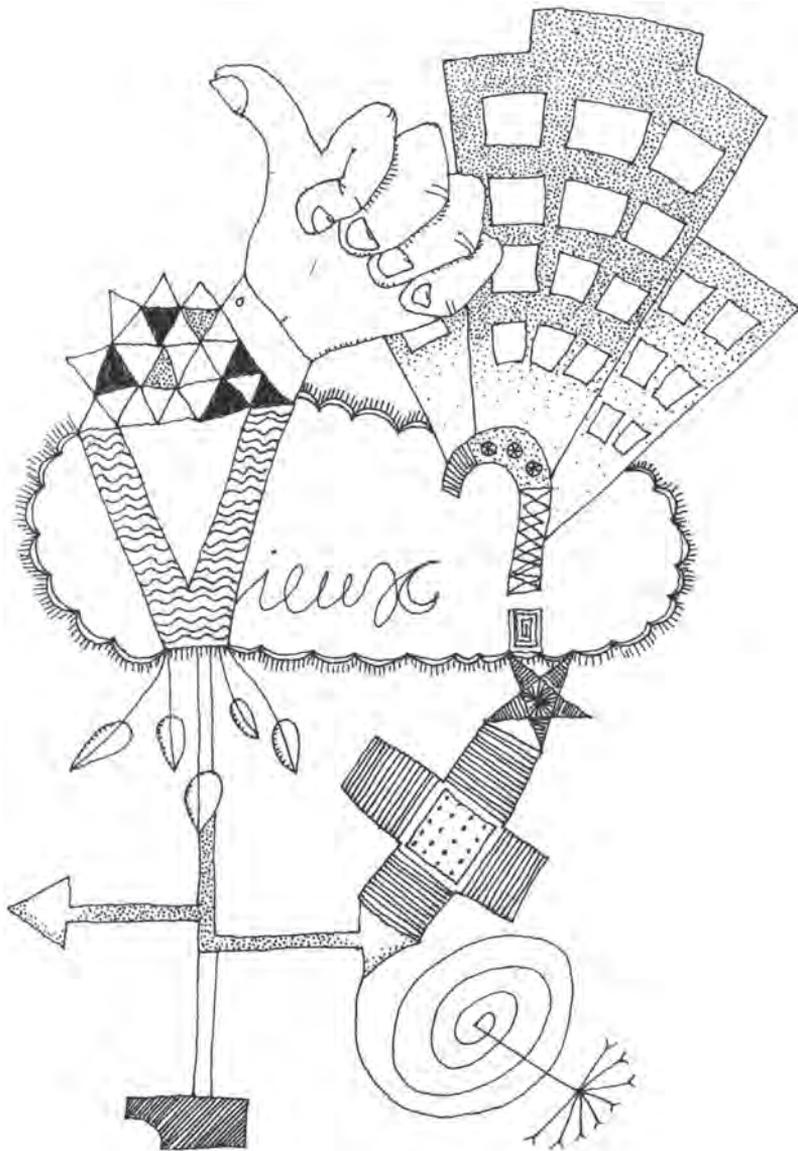
Nous avons appris que ce sont principalement les engagements formels qui ont des effets bénéfiques pour les personnes retraitées. On peut donc recommander aux groupes de retraité-e-s se réunissant de manière informelle de se doter d'une structure et d'un cadre afin de pérenniser leurs actions.

Nous avons déploré les lacunes en matière de recherches-intervention et projets-pilotes en Suisse autour de la santé des personnes de plus de 50 ans au travail ou à la retraite. Des groupes de recherche – notamment dans les Hautes écoles spécialisées dans le domaine de la santé, du social et du management – auraient de passionnants projets à mettre sur pied pour évaluer l'efficacité de mesures de promotion de la santé des plus de 50 ans au travail et lors du passage à la retraite. Plus généralement, les connaissances empiriques sont encore lacunaires sur de nombreuses thématiques autour de cette transition de vie et ses implications pour la santé publique.

Les individus

Clairement, la promotion de la santé et de la qualité de vie ne saurait être réduite à des choix personnels, mais des initiatives personnelles sont néanmoins appréciables. Après 50 ans, nous avons montré combien il est important, pour améliorer ou maintenir sa santé, d'entreprendre ou poursuivre une activité physique et mentale régulière. Cela peut se faire individuellement, mais il est souvent plus stimulant de le faire avec d'autres. Aux individus ayant dépassé le cap de la cinquantaine, nous aimerions donner le conseil suivant : ne restez pas seul-e ! Il vaut la peine de s'informer des offres et des prestations à disposition

dans sa région et de goûter à des activités organisées. D'autant plus que, c'est prouvé, les engagements collectifs sont recommandés pour la santé et la qualité de vie.



RÉFÉRENCES CITÉES

- Abu-Rayya, H. M. (2006). Depression and Social Involvement Among Elders. The Internet Journal of Health, 5, 1-10.
- Adam, S., Bay, S., Bonsang, E., Germain, S., & Perelman, S. (2006). Occupational activities and cognitive reserve : a frontier approach applied to the survey on health, ageing, and retirement in Europe (SHARE). CREPP Working Paper, 5, 1-20.
- Alavinia, S. M. & Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health : a cross-sectional analysis across European countries. Int Arch of Occup Environ Health, 82, 39-45.
- Attias-Donfut, C., Ogg, J., & Wolff, F-C. (2008). Evolution of Social Support. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 174-181). Mannheim : Druckerei Schwörer.
- Blanchet, D. & Debrand, T. (2007). Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Bollini, P. & Siem, H. (1995). No real progress towards equity : health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Social Science and Medicine, 41, 6, 819-828
- Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (1999). Les Italiens et les Espagnols proches de la retraite en Suisse : situation et projets d'avenir. Gérontologie et Société, 91, 137-151.
- Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (2007). What to do after retirement ? Elderly migrants and the question of return. Journal of Ethnic and Migration Studies, 32, 8, 1359-1375.
- Bolzman, C., Poncioni-Derigo, R., Vial, M. and Fibbi, R. (2004). Older labour migrants' well-being in Europe, the case of Switzerland. Ageing and Society, 24, 3, 411-429.
- Börsch-Supan, A. (2008). Introduction. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 10-21). Mannheim : Druckerei Schwörer.

- Brugiavini, A., Pasini, G., & Peracchi, F. (2008). Exits from the labour force. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 206-214). Mannheim : Druckerei Schwörer.

- Brugiavini, A., Padula, M., Pasini, G., Peracchi, F. (2011). Labour mobility and retirement. In : A. Börsch-Supan , A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds.), The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (pp 125-136). Heidelberg : Springer.

- Burdorf, A., van den Berg, T., Avendano, M., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2008). The Effects of Ill Health on Displacement from the Labour Market and Potential Impact of Prevention. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 137-142). Mannheim : Druckerei Schwörer.

- Candolfi, P. & Chaze, J.-P. (2008). Impact de la retraite anticipée sur les cotisations et les prestations de l'AVS. Série de publications du LEA no. 36. Genève : Laboratoire d'Economie Appliquée, Université de Genève.

- Comina, M. (2006). L'or gris. Comment, grâce aux seniors, renforcer l'économie en général et l'AVS en particulier. Zurich : Avenir Suisse. Think tank for economic and social issues.

- Costa, G. & Sartori, S. (2007). Ageing, working hours and work ability. Ergonomics, 50, 1914-1930.

- Crawford, J. O., Graveling, R. A., Cowie, H., Dixon, K., & MacCalman, L. (2009). The health, safety and health promotion needs of older workers. An evidence-based review and guidance. Report submitted to the IOSH Research Committee (Rep. No. 09.4). Wigston, Leicestershire : IOSH.

- Crespo, L. & Mira, P. (2008). Caring for Parents and Employment of European Middle-Aged Women. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 263-270). Mannheim : Druckerei Schwörer.

- Danuser, B. & Monin, M.-C. (2009). Introduction : les Suisses au travail : heureux, mais... fatigués. Revue Economique et Sociale, 67, 13-16.

- De Boer, A., van Beek, J., Durinck, J., Verbeek, J., & van Dijk, F. (2004a). An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement: a randomised controlled trial. Occupational and Environmental Medicine, 61, 924-929.
- De Puy, J. (2010). Compte-rendu du colloque «50 ans et plus... en forme au travail?». Promouvoir la capacité de travail des 50 ans et plus dans l'entreprise. Lausanne: Institut universitaire romand de Santé au Travail.
- De Puy, J., Zurich, P., Favre Kruit, C., Fournier Fall, A., Steinmann, R. M., & les responsables des projets menés dans le cadre du Programme 50+ santé. (2009). Synthèse du programme 50+ santé. Un programme de la Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales (CLASS) avec le soutien de Promotion Santé Suisse. Lausanne: Programme 50+santé.
- Debrand, T. & Lengagne, P. (2007). Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe. Economie et Statistique, 403-404, 19-38.
- Delgoulet, C. (2003). Rester plus longtemps, dans quel travail ? L'ergonomie et la question de la durée de la vie active. Session du Conseil de la SELF. Paris: SELF.
- Domenighetti, G. (2010). Introduction. In J.-F. Marquis (Ed.), Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007 (pp 21-24). Lausanne: Editions Page deux.
- Faurie, I., Fraccaroli, F. et Le Blanc, A. (2008). Age et travail: des études sur le vieillissement au travail à une approche psychosociale de la fin de la carrière professionnelle. Le Travail Humain, 7, 2. 137-172.
- Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G. et al. (2004). Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European Study on Adult Well-Being. European Journal of Ageing, 1, 15-25.
- Gollac, M. & Baudelot, C. (2002). Travailler pour être heureux? Le bonheur et le travail en France. Paris: Fayard.
- Grosvernier, A., Guénette, A. M. & Laurent, P. (2007). Elaboration d'un cadre normatif permettant une sensibilisation et une prévention/gestion des risques de mobbing, notamment envers les travailleurs de plus de 50 ans. Rapport final dans le cadre du Programme 50+ santé. Neuchâtel: Haute école arc économie.

- Health and Safety Executive (2007). Self-reported work-related illness and workplace injuries in 2005/06 : Results from the Labour Force Survey. London : National Statistics, Crown copyright.
- Hofner, M.-C. (1999). Effets de la crise économique sur la santé : un point de vue épidémiologique. In Boschetti, P. (Ed.). Droit dans le mur ! Dix ans de crise en Suisse : un état des lieux (pp 116-127). Lausanne : Editions d'en bas.
- Höpfinger, F. (2008). Neue Generationen im Alter - und freiwilliges Engagement. Handout Tagung Freiwillige in der Altersarbeit, Zürich, 29. 9. 2008.
- Höpfinger, F., Beck, A., Grob, M. & Lüthi, A. (2006). Travail et carrière : perspectives après 50 ans. Enquête réalisée auprès des responsables du personnel de 804 entreprises suisses. Résumé. Zurich : Avenir Suisse.
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age : the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). Aging and Mental Health, 7, 186-194.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. & Klockars, M. (1997). Changes in the work ability of active employees over an 11 year period. Scandinavian Journal of Environmental Health, 23, 49-57.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Art. No.: CD008009, Cochrane Public Health Group, 2, 1-88.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 3, 322-355.
- Li, C.-Y. & Sing, F.-C. (1999). A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. Occupational Medicine, 49, 225-229.
- Lleshi, V. & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. Revue Médicale Suisse, 5, 1785-1789.

- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2008). Poverty and Persistent Poverty : Adding Dynamics to Familiar Findings. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 278-284). Mannheim : Druckerei Schwörer.

- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006). Social determinants of health. Oxford : Oxford University Press.

- Marmot, M. G. & Shipley, M. J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement ? 25 years follow up of civil servants from the first Whitehall study. British Medical Journal 313, 7066, 1-8.

- Marquis, J.-F. (2010). Conditions de travail, chômage et santé. La situation en Suisse à la lumière de l'Enquête suisse sur la santé 2007. Lausanne : Editions Page Deux.

- Morschhäuser, M. & Sochert, R. (2006). Healthy work in an ageing Europe. Essen, Germany : ENWHP European Network for Workplace Health Promotion.

- Naumanen, P. (2007). The health promotion model as assessed by ageing workers. Journal of Clinical Nursing, 15, 219-226.

- Nazmi, A., Diez Roux, A., Ranjit, N., Seeman, T. E., & Jenny, N. S. (2010). Cross-sectional and longitudinal associations of neighborhood characteristics with inflammatory markers: Findings from the multi-ethnic study of atherosclerosis. Health & Place, 16, 1104-1112.

- Office fédéral de la statistique OFS (2008). Le travail bénévole en Suisse. Neuchâtel : Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral de la statistique OFS.

- OMS (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la santé.

- Pelizzari, A. (2009). Dynamiken der Prekarisierung. Atypische Erwerbsverhältnisse und mi-lieuspezifische Unsicherheitsbewältigung. Konstanz : Uvk Verlags GmbH.

- Première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé (1986). Charte d'Ottawa. Ottawa : CIPS.

- Reker, G.T. (1997). Personal Meaning, optimism, and choice : existential predictors of depression in community and institutional elderly. Gerontologist, *37*, 709-716.

- Rey, J.-C. (2007). Analyse critique des différentes dispositions cantonales quant à la (ré)insertion professionnelle des personnes de plus de 50 ans et repérage des pratiques prometteuses. Rapport de synthèse. Sierre : HEVs.

- Rodrick, D. (2011). Le dopage au travail se banalise. Revue Reiso, *19*. 4. 2011.

- Schnalzenberger, M., Schneeweis, N., & Zweimüller, M. (2008). Job Quality and Retirement Decisions. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 215-221). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Schröder, M. (2011). Scar or blemish? Investigating the long-term impact of involuntary job loss on health. In: A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds.).The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (pp 191-202). Heidelberg . Springer.

- Shepard, R. J. (2000). Worksite health promotion and the older worker. International Journal of Industrial Ergonomics, *25*, 465-475.

- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit . eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: HogrefeVerlag für Psychologie.

- Siegrist, J. & Wahrendorf, M. (2008). Quality of Work and Well-Being - The European Dimension. In A.Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 255-262). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Siegrist, J. and Wahrendorf, M. (2011). Quality of work, health and early retirement: European comparisons. In A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds.). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (pp 169-178). Heidelberg. Springer.

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work : European comparisons. Social Science and Medicine, 58, 1483-1499.
- Siegrist, J., von dem Knesebeck, O., & Wahrendorf, M. (2005). Quality of Employment and Well-Being. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. (pp 192-198). Mannheim : Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Sirven, N. et Sermet, C. (2009). La santé des travailleurs âgés en Europe. Retraite et société, 59, 13-37.
- Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2007). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland : development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. Health Promotion International, 23, 86-97.
- Statistique Vaud (2009). La moralité par génération en Suisse. Evolution 1900-2150 et tables par génération 1900-2030. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique ; Section Démographie et Migration.
- Steinmann, R. (2008). Travail et âge. Bases pour faire face au défi démographique dans les entreprises. Lausanne et Berne : Promotion Santé Suisse. http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/betriebliche_gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/A4_Broschuer_e_Arbeit_Alter_f.pdf
- Tinios, P., Lyberaki, A., Georgiadis, T. (2011). Explaining persistent poverty in SHARE : does the past play a role ? In : A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds.). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (pp 19-30). Heidelberg . Springer.
- Truchon, G., Perrault, G., & Tardif, R. (2004). Toxicologie industrielle et vieillissement. Pistes, 6, 1-12.
- Union Patronale Suisse (2006). Stratégie pour l'emploi des seniors. Zurich : Union Patronale Suisse.

- Uusitalo, H. (2007). Increased labour force participation of ageing workers : the case of Finland. In Inclusion in working life. Oslo : ISSA European Regional Meeting.

- Van den Berg, T., Schuring, M., & Avendano, M. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. Occupational and Environmental Medicine, 67, 845-852.

- Vaughan-Jones, H. & Barham, L. (2009). Healthy Work Challenges and Opportunities to 2030. London: The British United Provident Association (BUPA).

- Volkoff, S. & Pueyo, V. (2010). How do elderly workers face tight time constraints? International Congress Series, 1280, 17-22.

- Von Bonsdorff, M. B., Seitsamo, J., Ilmarinen, J., von Bonsdorff, M. E., & Rantanen, T. (2011). Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life : a 28-year prospective follow-up study. Canadian Medical Association Journal, 173, 4, 1-10.

- Wahrendorf, M. and Siegrist, J. (2011). Working conditions in mid-life and participation in voluntary work after labour market exit. In : A. Börsch-Supan, A., M. Brandt, K. Hank, & M. Schröder. (Eds). The Individual and the Welfare State. Life Histories in Europe. (pp 179-190). Heidelberg . Springer.

- Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., & Siegrist, J. (2008). Social Productivity and Quality of Life. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 190-196). Mannheim: Druckerei Schwörer.

- Zamarro, G., Meijer, E., & Fernandes, M. (2008). Mental Health and Cognitive Ability. In A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.), First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension. (pp 40-47). Mannheim : Druckerei Schwörer.

