

Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales

Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales

Band: 73 (2015)

Heft: 2

Artikel: Charges de travail et santé perçue de la "Génération Sandwich"

Autor: Oulevey Bachmann, Annie / Danuser, Brigitta / Morin, Diane

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-823166>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

CHARGES DE TRAVAIL ET SANTÉ PERÇUE DE LA «GÉNÉRATION SANDWICH»

ANNIE OULEVEY BACHMANN

Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (HES-SO), Lausanne

a.oulevey@ecolelasource.ch

BRIGITTA DANUSER

Institut universitaire romand de santé au travail (IST), Lausanne

Brigitta.danuser@hospvd.ch

DIANE MORIN

Institut universitaire de formation et de recherche en soins (UFRS), Lausanne

Diane.morin.iufrs@chuv.ch

➤ La coexistence des charges professionnelle, familiale, et d'aide à des descendants expose la Génération Sandwich (GS) à des risques potentiels pour sa santé. Toutefois, les connaissances sur la GS sont insuffisantes pour permettre aux infirmières du secteur de la santé au travail de développer des interventions en promotion de la santé basées sur des preuves. Ce manque de clarté est préoccupant au vu de certaines tendances sociodémographiques.

La présente étude visait à développer les connaissances à propos des caractéristiques des membres de la GS, de leurs charges de travail coexistantes et des liens entre ces dernières et leur santé perçue. Pour ce faire, nous avons développé un cadre de référence salutogénique. Puis, nous l'avons utilisé pour conduire une recherche descriptive corrélationnelle transversale. Un questionnaire électronique a permis de récolter les données de 826 employés d'une administration publique suisse. L'examen a montré que 23.5 % de l'échantillon appartenait à la GS. Cette appartenance ne dépendait pas du sexe. La charge de travail totale (70.5 h/sem) de la GS différait significativement de celle du reste de l'échantillon (62.8 h/sem). Nous n'avons pas trouvé de relation entre cette charge totale et la santé physique ou mentale des femmes. En revanche, il y avait une relation négative entre cette charge totale et la santé physique des hommes, et cette relation était proche du seuil de significativité pour la santé mentale de ces derniers. Grâce à une analyse soucieuse de faire évoluer favorablement les inégalités de genre (gender-transformative), cette étude fournit des pistes pour fonder des interventions préventives en faveur de la santé des membres de la GS.

Mots-clés: vieillissement de la population, proches aidants, génération sandwich, charges familiales, hétérogénéité des parcours, rapports genrés, prévention.

INTRODUCTION

Ces dernières décennies, la recherche sur le vieillissement (National Institute of Aging, U.S. Department of Health and Human Services 2011) et la santé des proches-aidants s'est considérablement développée (Pinquart M and Sorensen S 2011). Les associations entre la charge de travail professionnelle (CP) et divers indicateurs de santé sont certes étudiées depuis longtemps, mais la question des travailleurs vieillissants est récemment devenue une thématique importante (National Institute of Aging, U.S. Department of Health and Human Services 2011. European Agency for Safety and Health at Work 2014). Concomitamment, l'équilibre entre travail rémunéré et famille figure désormais en bonne place dans les agendas politiques nationaux et internationaux (European Agency for Safety and Health at Work 2014. International Labour Organization 2011). Certains chercheurs se sont particulièrement penchés sur les liens entre activités rémunérées et non rémunérées, et santé (Oulevey Bachmann A, Wild P, Von Rotz U, Danuser B and Morin D 2013).

Malgré l'intérêt que revêt l'ensemble de ces travaux, certains spécialistes en santé au travail ont mis en évidence des manques dans les connaissances sur la santé de la Génération Sandwich (GS) (Bischofberger I, Radvanszky A and Jähnke A 2013). Cette expression désigne les travailleurs au mitan de la vie qui sont simultanément engagés dans leurs activités professionnelles, domestiques et familiales – impliquant des soins offerts à leurs enfants ou petits-enfants – et dans l'aide informelle offerte à un ou des parents ou beaux-parents fragilisés par leur vieillissement (Williams C 2004). Or, les membres de la GS jouent des rôles pivots indispensables au bon fonctionnement de la société et être en bonne santé est indispensable pour les remplir. On sait par exemple que la capacité des proches-aidants à assumer des charges coexistantes à long-terme et à préserver leur potentiel de santé dépend de leur état de santé actuel (Jayawardena KM and Liao S 2006). Egalelement, les individus qui prennent soin de leur santé au mitan de la vie vieillissent en meilleure santé que ceux qui ne le font pas (National Institute of Aging, U.S. Department of Health and Human Services 2011). Par conséquent, prendre soin de la GS aujourd'hui est considéré comme une manière de prévenir de futurs problèmes de santé (Kenny GP, Yardley JE, Martineau L and Jay O 2008), par exemple une capacité réduite à prendre soin de soi-même plus tard, et par conséquent, une augmentation des besoins en aide informelle qui en découlerait (Höpflinger F and Weiss JA 2008). Or, une étude, conduite sur un large échantillon de travailleurs canadiens de cette tranche d'âge, a mis en évidence une relation positive entre les charges coexistantes de la GS et la perception de stress ou de tensions (Williams C 2004). A contrario, Dautzenberg et al. (Dautzenberg MG, Diederiks JP, Philipsen H and Tan FE 1999) n'ont pas rapporté de relation entre l'exercice de rôles multiples et de la détresse ou du stress chez des femmes de cette tranche d'âge, suggérant que le manque de rôles sociaux, plutôt que la multiplicité de ces rôles, est associée avec ces symptômes. En somme, les relations entre les charges de travail coexistantes de la GS et leur santé perçue sont encore peu claires, en particulier dans le contexte suisse (Bischofberger I, Radvanszky A and Jähnke A 2013).

Ce manque de clarté est préoccupant, car certaines tendances sociodémographiques, dans ce pays comme dans d'autres pays occidentaux, indiquent que les membres de la GS, pourraient voir l'exposition de leur santé s'accroître. En effet, les pressions reliées à l'activité professionnelle augmentent chez les travailleurs vieillissants (Höpflinger F and Weiss JA 2008. Ilmarinen J 2012). Des changements dans les familles péjorent les stresseurs existants ou en

apportent de nouveaux (Jepsen M 2006. Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guillet E, Hussy C 2005). Des auteurs soutiennent que les enfants-adultes assument et devront assumer une quantité de tâches qui ira en s'accroissant au fur et à mesure que les besoins des personnes du troisième et quatrième âge augmenteront, alors que dans le même temps, les ressources formelles pour y faire face diminueront (Mestheneos E and Triantafillou J 2005. Jaccard Ruedin H and Weaver F 2009).

Aussi à l'avenir, les professionnels de la santé au travail devraient pouvoir être en mesure de développer des interventions de prévention et de promotion de la santé basées sur des résultats probants pour les membres de la GS. Il nous a paru dès lors important de contribuer au développement des connaissances sur leurs charges de travail coexistantes et sur les liens de ces charges avec la santé perçue, et ce, en utilisant un cadre théorique spécifique.

En effet, vu la complexité du phénomène, Dorio et al. (Dorio J, Bryant R and Allen T 2008) recommandent de mener des recherches empiriques dans le champ de l'interface « travail rémunéré-famille » sur la base d'un cadre théorique. Or, un examen des théories et des résultats de recherche ayant étudié les relations entre rôles professionnel et non-rémunérés, et la santé a révélé que la plupart des études ont contribué à former une vision théorique négative de la coexistence des rôles, appelée « Scarcity perspective » en anglais (Geurts SAE and Demerouti E 2003). La coexistence des charges de travail y est présentée comme un cumul a priori pathogénique, qui entraîne des conflits de rôles et du stress. Toutefois, certains chercheurs ont montré que cette coexistence peut aussi être favorable à la santé. Ils ont ainsi contribué à développer une manière de voir appelée « Enhancement perspective » (Geurts SAE and Demerouti E 2003). Du coup, une compréhension renouvelée de l'interface entre activités rémunérée et non-rémunérées devenait nécessaire (Mullen J, Kelley E and Kelloway EK 2008). Allant dans le même sens, des spécialistes du lien entre aide aux proches et santé ont souligné l'importance qu'il y aurait à s'intéresser aux aspects positifs des soins informels. Ils ont encouragé leurs collègues à réexaminer les relations entre l'aide offerte à un proche et la santé des aidants, arguant que ces relations avaient été jusqu'ici conceptualisées de manière trop négative (Zarit SH and Femia EE 2008). Compte tenu de ces divers constats théoriques et de l'importance stratégique qu'il y a à agir de manière préventive en faveur des membres de la GS, la première phase de la présente recherche a consisté à développer un cadre de référence salutogénique orienté vers la prévention pour ensuite l'utiliser dans une étude empirique s'intéressant à leurs caractéristiques, à leurs charges coexistantes et à leur santé.

Nous exposerons donc en premier lieu les principales caractéristiques de ce cadre théorique et poursuivrons par l'exposé des résultats de l'étude empirique conduite sur cette base.

CADRE THÉORIQUE

Tout d'abord, pour être en mesure d'appréhender les charges de travail coexistantes des membres de la GS sur un pied d'égalité et inspirée par la définition du concept « travail » proposée par la sociologie française du travail en perspective genre (Angeloff T 2006), le travail a été défini comme la somme de toutes les activités destinées à produire, ou à contribuer à la production de tout ce qui est utile à la vie, ou considéré comme tel, que ces activités aient lieu dans la sphère professionnelle ou privée.

Puis, dans l'idée de générer des connaissances utiles aux interventions de promotion de la

santé et de prévention dans le domaine de la santé au travail, la théorie de moyenne portée Déséquilibre entre Effort et Récompense (DER) (Siegrist J 2001), a été intégrée au modèle de soins Neuman System Model (Neuman B 2011). En particulier, seuls les concepts de la théorie DER ont été intégrés et de plus, nous les avons utilisés en les considérant de manière positive (Efforts perçus bas, Absence de sur-engagement et Récompenses élevées). Cette intégration a permis, comme recommandé par Moen (Moen P, Kelly E and Huang R 2008) de distinguer les stresseurs (charge totale effective de travail) de leur perception (efforts perçus). Elle nous a également fourni des indicateurs empiriques congruents avec le modèle de soin de Neuman. Ce cadre théorique préliminaire a ensuite été complété par des concepts identifiés grâce à une recension intégrative des écrits.

Le cadre théorique final (Oulevey Bachmann A, Danuser B and Morin D n.d.) postule qu'il n'est a priori pas possible de déterminer le sens de la relation entre les trois différentes charges de travail réunies en une charge de travail effective totale et l'état de santé perçu des membres de la GS. Il postule aussi que ces derniers peuvent préserver leur santé, même si leur charge de travail effective totale est importante, en activant des facteurs psychosociaux qui modèrent la relation entre charges de travail et santé. Les facteurs théoriquement identifiés à ce jour sont au nombre de huit. Ils agiraient au titre de ce que Neuman appelle la Ligne Flexible de Défense (Neuman B 2011). Comme ce cadre théorique invite à connaître en premier lieu les caractéristiques des individus appartenant à la GS, leur différentes charges de travail effectives, leur état de santé perçu et les liens entre charge totale de travail et santé perçue, cette contribution s'attachera à:

1. Décrire et comparer la proportion, les caractéristiques et les charges de travail coexistantes des membres du groupe GS à celles d'employés du même âge.
2. Dans le groupe GS, examiner les relations des charges de travail coexistantes (charge totale) avec la santé physique et mentale perçues.

L'examen des facteurs théoriquement identifiés comme protecteurs de la santé de la GS fait l'objet d'une publication sur le pont d'être soumise (28).

MÉTHODE

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, un protocole de recherche descriptif corrélational transversal a été adopté. La Commission cantonale d'éthique de la recherche sur les êtres humains du canton de Vaud (CH), a avalisé le protocole (78-12).

Le milieu d'étude est une administration publique occupant plus de 5'000 employés actifs dans les secteurs primaire, secondaire et tertiaire. Selon leur secteur d'activité, ils bénéficient d'une politique d'aménagement du temps de travail (ATT) favorable à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Ils disposent aussi d'une unité de santé et sécurité au travail (USST) qui emploie, entre autres, un médecin et des infirmières spécialistes.

Un échantillonnage non probabiliste de convenance a été choisi. Les critères d'inclusion étaient les suivants: âge 45-65 ans, taux d'activité d'au minimum 20% (8 heures 30 par semaine), capacité de lire et de comprendre le français courant. Pour être inclus dans le groupe GS, en plus d'assumer leur activité professionnelle, les individus devaient remplir les deux critères supplémentaires suivants: (1) avoir un ou des enfants et, ou une charge de

travail liée à la garde de petits-enfants, et (2) apporter de l'aide à un parent ou beau-parent (P/BP) fragilisé par son vieillissement.

En nous appuyant sur le nombre d'individus participant habituellement à ce genre d'étude en Suisse, nous avons estimé que le taux de participation devait se situer à environ 30% de la population accessible qui comportait à ce moment 2'732 employés. Huit cents quarante-quatre d'entre eux ont participé. Dix-huit ont été écartés du fait de données aberrantes. Au final, notre analyse a porté sur 826 personnes, soit un taux de participation de 30.2%.

Les données ont été récoltées au moyen d'un questionnaire électronique situé sur une plate-forme web et comprenant plusieurs échelles de mesure.

La variable dépendante, la santé perçue, a été mesurée à l'aide du questionnaire SF12v2®. Cette échelle comporte douze questions s'intéressant à huit dimensions: fonctionnement physique, limitation dans les rôles dus à une atteinte physique de la santé, douleurs physiques, perception générale de la santé, vitalité, fonctionnement social, limitations dans les rôles dues à des problèmes émotionnels et enfin santé mentale (Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM and Gandek B 2002). Les réponses exprimées sur une échelle ordinaire ont été transformées en valeurs continues et en scores au moyen du logiciel fourni avec le questionnaire. Deux scores résument l'un la santé physique (six items pour Physical Component Summary, PCS) et l'autre la santé mentale (six items pour Mental Component Summary, MCS).

Les variables indépendantes étaient: (i) la charge professionnelles (CP) mesurée par le nombre d'heures de travail rémunéré accomplies habituellement par semaine (heures supplémentaires régulières ou heures de travail pour un autre emploi incluses); (ii) la charge domestique et familiale (CDF) mesurée en additionnant le nombre d'heures de travail consacrées, la semaine précédant la passation du questionnaire, à la préparation des repas, à la lessive, aux nettoyages, aux courses, aux travaux manuels, aux soins aux animaux domestiques et aux plantes, aux travaux administratifs, aux enfants et petits-enfants; (iii) la charge d'aide informelle (CA), se référant à la semaine précédant la passation du questionnaire, a été évaluée en additionnant le nombre d'heures déclarées pour différentes tâches d'aide. Ces dernières sont basées sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) soit: aider à ou faire la toilette et à s'habiller, aider à ou faire la cuisine et à manger, aider à ou faire le ménage et la lessive, aider à ou préparer les médicaments, conduire pour des rendez-vous, faire ou aider à faire les courses et les achats, régler ou aider à régler les affaires courantes et financières.

Des variables confondantes reliées à des caractéristiques sociodémographiques ont été ajoutées: le sexe, l'âge, l'état-civil, le taux d'activité professionnel, le nombre d'enfants et le nombre d'enfants vivants encore dans le ménage, leur âge respectif, l'âge des ascendants.

Le questionnaire a été pré-testé selon des recommandations usuelles. Il a d'abord été évalué par trois experts; il a été ensuite administré à une dizaine de personnes ayant les caractéristiques de la population cible. Des corrections ont été apportées et la version validée a été resoumise au panel des trois experts pour approbation finale. Chaque employé avait accès à son questionnaire électronique grâce à un code personnel. Ce code permettait d'y accéder à plusieurs reprises avant de procéder à l'enregistrement final. Deux manières de répondre étaient offertes: soit individuellement directement en ligne sur la plateforme Sphinx® (n=755), ou sur huit netbooks mis à disposition des services ou des employés qui en

faisaient la demande (n=89). Le questionnaire était identique dans sa forme et son contenu quel que soit le mode de réponse choisi. Une assistante de recherche et la chercheure principale ont accompagné les personnes qui répondaient aux questionnaires sur les netbooks. Cette alternative a été utilisée pour limiter, dans la mesure des moyens à disposition, un biais de sélection lié au fossé numérique. Seuls les questionnaires entièrement complétés étaient enregistrés définitivement et cet enregistrement invalidait le code d'accès.

Les données ont été analysées avec le logiciel STATA 13®. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les caractéristiques de l'échantillon. Des tests de différences entre les groupes ont été appliqués (Chi 2 et Wilcoxon). Enfin, des régressions linéaires ont été effectuées pour chercher à caractériser les relations entre les variables explicatives et la santé perçue. Pour l'ensemble des analyses, une probabilité $p < 0,05$ a été retenue comme seuil de significativité.

Finalement, comme Campbell et Carroll (Campbell C and Carroll MP 2007), Houde (Houde SC 2002) ou Payne et Doyal (Payne S and Doyal L 2010), nous avons remarqué que des biais générés émaillaient les travaux dans le domaine de la santé au travail, de l'aide aux proches et de l'équilibre entre l'activités rémunérée et les activités domestique et familiale. Nous avons donc décidé d'analyser et d'interpréter les résultats de cette étude en utilisant une perspective soucieuse de faire évoluer favorablement les inégalités de genre (gender-transformative) et qui cherche à aller au-delà des biais lié au genre pour favoriser le développement d'interventions visant à plus d'équité dans les soins de santé.

RÉSULTATS

Cette étude offre, à notre connaissance, pour la première fois en Suisse, une estimation de la proportion des membres de la GS soit 23.5% de l'échantillon. A notre étonnement, la proportion de femmes n'est pas plus grande dans la GS que chez les Autres travailleurs et se situe autour de 41 %. La proportion de personnes travaillant à plein temps ainsi que la moyenne d'âge entre ces deux sous-échantillons ne diffère pas non plus. Les membres de la GS sont plus souvent en couple que les Autres travailleurs. Environ 5% des membres de la GS disent ne pas avoir d'enfant tout en déclarant des tâches reliées à l'entretien d'enfants ou de petits-enfants. Les membres de la GS déclarent plus souvent une activité d'aide informelle supérieure à 2h/sem que les proches-aidants qui ne sont pas pris en sandwich. Enfin, la moyenne d'âge maximum des P/BP diffère entre le groupe GS et les Autres travailleurs. Elle est plus élevée dans le groupe GS.

Participants	Total n=826		Génération Sandwich n=194		Autres travailleurs n=632		Différence GS/Autres
	n	%	n	%	n	%	
	826	100	194	23.5	632	76.5	
<i>Variables Catégorielles</i>							
Femmes	339	41.0	79	40.7	260	41.1	
Plein temps	617	74.7	138	71.1	479	75.8	
En couple	665	80.5	166	85.6	499	79.0	*
Avoir au moins un enfant	684	82.8	185	95.4	499	79.0	***
Au moins un enfant dans ménage	450	65.8	124	67.0	326	65.3	
Avec activité d'aide informelle	247	29.9	194	100.0	53	8.4	***
Charge d'aide > 2 h/sem ^a	158	64.0	125	64.4	33	62.3	
<i>Variables Continues</i>							
Age [années]	52.8	5.0	53.0	4.5	52.7	5.1	
Age minimum enfants [années]	19.7	7.5	20.0	6.9	19.6	7.8	
Age maximum P/PB [années]	81.1	6.0	83.0	5.9	80.4	5.9	***

Notes: n=nombre d'individus. % =proportion. p =seuil de significativité. m=moyenne. ET=Ecart-type. P/BP=parents beaux parents. MCS=santé mentale. PCS=santé physique. *= $p<0.05$. **= $p<0.001$.

^aSi aide apportée=oui

Tableau 1: Description de l'échantillon et comparaison des résultats de la GS avec ceux des autres participants

CHARGES DE TRAVAIL TOTALE ET COEXISTANTES

Il existe une différence significative importante de charge totale entre les membres du groupe GS et le reste de l'échantillon (Tableau 2). En moyenne, les premiers déclarent une charge totale de 70.5 h/sem. Cette différence ne semble pas être due à l'activité professionnelle puisque cette dernière est sensiblement la même dans les deux sous-échantillons. En fait, elle est plutôt due à l'ampleur de la charge domestique et familiale (26.7 h/sem) et à celle de la charge d'aide informelle (5.5 h/sem), toutes deux significativement plus élevées dans le groupe GS que dans l'autre.

Si, dans le groupe GS, la charge totale ne diffère pas entre femmes et hommes, la configuration des charges coexistantes diffère significativement (Tableau 3). Les hommes déclarent en moyenne une charge professionnelle supérieure aux femmes et équivalant à un plein-temps. Les femmes déclarent une charge domestique et familiale significativement plus haute que les hommes (31.9 h/sem). Il en est de même pour la charge d'aide informelle qui s'élève pour les femmes à 6.5.h/sem en moyenne.

Variables Continues	Total n=826		Génération Sandwich n=194		Autres travailleurs n=632		Déférence GS/Autres
	m	ET	m	ET	m	ET	p
Charges coexistantes							
Charge professionnelle [h/sem]	38.7	8.1	38.3	9.2	38.8	7.8	
Charges domestique et familiale [h/sem]	24.4	13.8	26.7	13.1	23.7	14.0	***
Charge d'aide [h/sem]	1.6	4.0	5.5	6.2	0.4	1.8	***
Charge totale [h/sem]	64.6	14.4	70.5	15.6	62.8	13.6	***
Santé perçue SF12v2							
MCS [0-100]	44.7	10.2	43.7	10.5	45.1	10.0	
PCS [0-100]	51.7	7.6	51.9	7.4	51.7	7.6	

Notes: p = seuil de significativité. m=moyenne. ET= Ecart-type. MCS=santé mentale. PCS= santé physique. *=p<0.05. **=p<0.001.

Tableau 2: Description des charges de travail et de la santé perçues dans l'échantillon et comparaison des résultats de la GS avec ceux des autres participants

SANTÉ PERÇUE

La comparaison des scores de santé physique des membres de la GS et des autres travailleurs n'a révélé aucune différence (tableau 2). Il en est de même pour la santé mentale. La comparaison des scores de santé physique des femmes et des hommes de la GS n'a pas non plus révélé de différence significative (tableau 3). Il en est de même pour leur santé mentale.

Variables Continues	Femmes n=79		Hommes n=115		Différence F/H
	m	ET	m	ET	
Charges coexistantes					
Charges professionnelles [h/sem]	31.7	9.4	42.9	5.6	***
Charges domestiques et familiales [h/sem]	31.9	13.3	23.1	11.8	***
Charge d'aide [h/sem]	6.5	6.6	4.8	5.9	**
Charge totale [h/sem]	70.1	16.0	70.8	15.3	
Santé perçue SF12v2					
MCS [0-100]	43.1	10.4	44.1	10.5	
PCS [0-100]	52.6	7.4	51.4	7.4	

Notes: m=moyenne. ET= Ecart-type. MCS=santé mentale. PCS= santé physique. **=p <0.01. ***=p <0.001

Tableau 3: Description des charges de travail et de la santé perçues dans l'échantillon et comparaison des résultats de la GS avec ceux des hommes de la GS

RELATIONS ENTRE CHARGE TOTALE ET SANTÉ PHYSIQUE OU MENTALE

Il existe une relation négative significative entre charge totale de travail et santé physique des hommes (Tableau 4). Dans cet échantillon, cette relation négative peut être attribuée principalement à la composante «charge de travail domestique et familiale». Elle est en effet la seule à avoir une relation négative avec la santé physique. Toujours pour les hommes, on observe une relation négative entre charge totale et santé mentale perçue, même si elle ne satisfait pas le seuil de significativité stricto sensu. L'examen des relations entre les charges de travail singulières et leur santé mentale révèle ici aussi l'influence importante de l'existence d'une relation négative significative entre la composante «charge de travail domestique et familiale» et santé mentale.

En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre charge de travail totale (ou les charges singulières) et santé physique perçue chez les femmes. Il n'y a pas non plus entre leur charge totale (ou les charges singulières) et leur santé mentale.

	MCS			PCS		
	coef.reg.	[IC 95%]	p	coef.reg.	[IC 95%]	p
Femmes n=79						
Charge totale [h/sem]	0.00	[-0.15 ; 0.14]	0.967	0.01	[-0.10 ; 0.11]	0.901
Charge professionnelle [h/sem]	-0.07	[-0.33 ; 0.19]	0.597	0.06	[-0.13 ; 0.24]	0.559
Charges domestique et familiales [h/sem]	-0.01	[-0.20 ; 0.18]	0.909	-0.05	[-0.18 ; 0.09]	0.480
Charge d'aide [h/sem]	0.08	[-0.28 ; 0.45]	0.646	0.12	[-0.14 ; 0.38]	0.363
Hommes=115						
Charge totale [h/sem]	-0.12	[-0.24 ; 0.01]	0.071	-0.11	[-0.20 ; -0.02]	0.013
Charge professionnelle [h/sem]	-0.21	[-0.56 ; 0.14]	0.238	0.06	[-0.18 ; 0.30]	0.598
Charges domestique et familiales [h/sem]	-0.17	[-0.34 ; 0.00]	0.048	-0.18	[-0.30 ; -0.06]	0.003
Charge d'aide [h/sem]	0.09	[-0.25 ; 0.43]	0.606	0.00	[-0.24 ; 0.23]	0.980

Notes: MCS=santé mentale. PCS= santé physique.coef. reg.=coefficient de régression. [IC 95%]=intervalle de confiance. p=niveau de significativité.

Tableau 4: Scores de santé perçues des femmes et des hommes dans la Génération Sandwich
en fonction de leurs différentes charges de travail (régression linéaire)

DISCUSSION

Cette étude fournit, pour la première fois en Suisse, une estimation de la proportion d'employés et d'employées appartenant à la GS (23.5 %), ceci tous secteurs d'activité confondus. Ces personnes représentent donc presqu'un quart de l'effectif de l'échantillon de ceux que l'on appelle les travailleurs vieillissants. Les présents résultats sont proches de ceux existant pour le Canada (22.3%) (Williams C 2004). Comme sa composition l'a révélé, apporter de l'aide à un proche tout en ayant encore des descendants dépendants et une activité professionnelle ne s'est pas révélé être propre aux femmes. Ce résultat ne corrobore pas celui de la méta-analyse de Pinquart & Sorensen (Pinquart M and Sorensen S 2011), qui indiquent que 77.6% des enfants adultes proches-aidants sont des femmes. Ils vont cependant dans le sens de ceux de Perrig-Chiello et Hutchison (Perrig-Chiello P and Hutchison S 2010), qui

montrent qu'en Suisse, la proportion de fils et de filles apportant de l'aide à un ascendant est presque la même (34% versus 37%). Cet écart entre résultats suisses et internationaux s'explique en partie par les méthodes utilisées dans les études internationales, puisqu'un biais systématique de sélection a été détecté en faveur des femmes, entraînant leur surreprésentation.

Nous avons pu mettre en évidence qu'il existe une différence de charge totale importante et significative entre les membres de la GS et les autres travailleurs. La charge totale de 70.5 h/sem est légèrement inférieure à celle trouvée par Duxbury et Higgins (Duxbury L, Higgins C 2012) pour le Canada, soit 75 h/sem, mais la population était âgée de 35 à 65 ans. Comme pour la population suisse en général (Office fédéral de la statistique 2013), la division sexuelle du travail agit sur la configuration des charges composant la charge totale de travail de la GS. Il semble y avoir un modèle féminin de charges coexistantes dans la GS, orienté vers la sphère privée et un modèle masculin, plutôt orienté vers la sphère professionnelle. Également, le temps partiel semble être utilisé par les femmes pour gérer leur charge de travail totale. Ce n'est pas le cas pour les hommes. Ces constats pour la Suisse rejoignent ceux fait au Canada (7).

Enfin, la charge d'aide informelle moyenne de 5.5 h/sem est proche des résultats canadiens (4.9 h/sem) et peut être considérée comme une aide de forte intensité puisque largement supérieure au seuil de 2 h/sem distinguant une aide de forte versus faible intensité (Williams C 2004). La différence importante constatée avec les résultats suisses à disposition (27 à 37 h/sem) s'explique probablement par un biais de sélection inhérent au protocole de recherche (Perrig-Chiello P, Hutchison S 2010. Perrig-Chiello P, Höpflinger F and Hutchison S 2011).

SCORES DE SANTÉ

L'absence de différence dans les scores de santé, particulièrement entre GS et non-GS, va dans le sens d'un postulat à la base du développement du cadre théorique: en matière de santé, la coexistence des charges de travail n'est pas en soi pathogénique. Ce résultat correspond aux travaux de Barnett (Barnett RC 2008) et de Geurts et Demerouti (Geurts SAE and Demerouti E 2003). Il n'y a pas d'automatisme en la matière. On peut toutefois faire l'hypothèse que des facteurs protecteurs sont mobilisés par les individus dans ces situations pour rester en santé. Le cadre théorique développé (Oulevey Bachmann A, Danuser B and Morin D n.d.) nous a permis d'en identifier quelques-uns qu'il reste à valider empiriquement.

Dans l'échantillon total et dans les deux sous-échantillons (GS – Autres travailleurs), le rapport entre score de santé mentale et score de santé physique s'inverse en comparaison des normes internationales (pour cette classe d'âge, score MCS: 50.20 et score PCS: 48.10) (Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM and Gandek B 2002): dans la présente étude, les scores de santé mentale sont systématiquement plus bas que les scores de santé physique. Il en va de même chez les femmes et les hommes de la GS. Le rapport entre score de santé mentale et score de santé physique s'inverse aussi en comparaison des normes internationales. Pour cette classe d'âge pour les femmes, le score MCS moyen est de 49.40 et le score PCS moyen est de 46.91. Pour les hommes, le score MCS moyen est de 51.05 et le score PCS moyen est de 49.36 (Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM and Gandek B 2002). Les scores de santé mentale de référence des femmes et des hommes en général sont donc plus hauts que leur score de santé physique de référence. A contrario, dans notre échantillon, les

scores de santé mentale des femmes et des hommes de la GS sont plus bas que leur score de santé physique. L'inversion du rapport entre scores de santé mentale et physique par rapport aux résultats usuellement attendus à cet âge, et ce pour tous les participants à cette étude, est un signe inquiétant si l'on se réfère à la théorie de la charge allostastique (Juster RP, McEwen BS and Lupien SJ 2010). Toutefois, leur santé physique ne semble pas encore atteinte. Il y a donc ce que Juster et autres (Juster RP, McEwen BS and Lupien SJ 2010) appellent une fenêtre d'opportunité pour agir de manière préventive en cherchant à améliorer la santé mentale avant que la santé physique ne se dégrade définitivement. Les symptômes physiques d'exposition à des stresseurs mettent en effet, selon eux, beaucoup plus de temps à se développer que les symptômes psychiques.

LIENS ENTRE CHARGE TOTALE ET SANTÉ

Les résultats de l'examen de l'association entre charge totale et santé physique et mentale des femmes de cet échantillon viennent corroborer des études européennes qui se sont intéressées à l'articulation entre activité professionnelle et activité familiale et domestique chez les femmes: il n'y a semble-t-il pas de relation négative entre charges et santé si les charges sont équilibrées et/ou si leur coexistence fait sens (Dautzenberg MG, Diederiks JP, Philipsen H and Tan FE 1999. Håkansson C and Ahlborg G, Jr 2010). A la lumière des conclusions de Håkansson & Ahlborg (Håkansson C and Ahlborg G, Jr 2010), on peut se demander si la relation négative significative entre charge totale et santé physique des hommes de la GS, et la relation sensiblement négative entre cette charge et leur santé mentale pourraient s'expliquer parce que les hommes, du fait de leur socialisation, trouvent difficilement du sens à l'accomplissement conjoint de leur activité professionnelle et des activités en lien avec la sphère privée (en attesteraient la relation négative existant entre charge domestique et familiale et santé physique et mentale). Toujours à la lumière des résultats de cette recherche, une autre explication pourrait être que, contrairement aux femmes, les hommes de cet échantillon ne sont pas en mesure, pour des raisons à définir, d'équilibrer leurs charges co-existantes en ayant une activité professionnelle à temps-partiel: ils ont en effet pour la quasi la totalité d'entre eux une activité à temps-plein (moyenne 42.9h). Le poids de la masculinité pèse probablement lourd dans ces phénomènes (Courtenay WH 2000).

CADRE THÉORIQUE

Enfin, bien qu'il soit nécessaire de poursuivre son développement, le cadre théorique utilisé semble pour l'instant résister à sa mise à l'épreuve empirique. Il a permis d'aller au-delà de la classique séparation entre sphère professionnelle et sphère privée, et de raisonner de manière holistique. Il a également permis de proposer une perspective salutogénique originale sur une question de santé au travail en ne réduisant pas ce dernier à sa seule dimension rémunérée. Cette manière d'approcher les choses est une tendance qui se développe dans ce champ de la santé (Hanson A 2007. Vaandrager L and Koelen M 2013).

FORCES ET LIMITES

Quelques aspects méthodologiques et conceptuels cruciaux méritent encore d'être discutés du point de vue de la validité interne et externe. Tout d'abord, dans cette recherche, tant l'évaluation des charges de travail effectives et de la santé perçue reposent sur le principe

de l'auto-évaluation. L'état de santé perçu ou la santé autoévaluée est considéré comme un indicateur très fiable de l'état de santé des personnes interrogées (Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M and Urponen H 1997). Les échelles utilisées pour mesurer la santé (SF12 et EVA santé) ont des propriétés psychométriques robustes. En revanche, les concepts clés utilisés (CP, CDF, CA) sont bien connus pour souffrir de biais systématiques de sous ou de sur-déclaration (Doyal L. 2000. Strub S and Bauer T 2002).

Ensuite, toute généralisation devrait se faire avec prudence, car premièrement, cette étude sous-estime probablement encore la proportion de personnes appartenant à la GS. L'âge d'inclusion minimum a exclu des employés qui offrent de l'aide à un ou des descendants alors qu'ils sont plus jeunes ainsi que ceux dont le ou les descendants vivent dans un établissement médico-social: les modalités de réponse pour détailler la CA basés sur les AVQ et les AIVQ, ne permettaient pas à ces personnes d'exprimer leur CA. Elle n'a pas non plus inclus les personnes pourvoyeuses principales d'un ou d'ascendants vivant à l'étranger. La capacité et l'assurance de cette population dans l'utilisation des outils informatiques a peut-être aussi influencé la participation: du fait de leur âge ou de leur sexe, certaines personnes, maîtrisant mal ou pas du tout ces outils, ont peut-être renoncé à participer à cette enquête. Enfin, la longueur du questionnaire a pu représenter un fardeau trop important.

Deuxièmement, cet échantillon est constitué de personnes actives dans le secteur public, bénéficiant pour une part non-négligeable de conditions d'emploi plutôt favorables à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, vivant dans un pays aux conditions de vie socio-économiques plutôt favorables et dans une région disposant d'un réseau d'aide et de soins à domicile développé. Ces facteurs ont pu faciliter la coexistence de ces charges et alléger la CA des membres de la GS, ou même plus largement encore, la qualité de vie de ces travailleurs vieillissants.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude a mis en évidence la proportion non négligeable des membres de la GS en Suisse romande (23.5 %). Leurs caractéristiques sont désormais mieux connues: les femmes et les hommes sont également concernés. Leur charge de travail totale est également lourde (70.5 h/sem), alors que la configuration de leurs charges coexistantes diffère selon le sexe. La charge d'aide assumée en moyenne peut être considérée comme une aide de forte intensité (5.5 h/sem en moyenne). Concernant l'état de santé perçu, après avoir constaté l'absence de différence pour les scores de santé entre les membres du groupe GS et ceux du reste de l'échantillon et entre femmes et hommes de la GS, nous avons découvert une inversion systématique des scores de santé mentale et physique par rapport aux normes internationales. Cela nous a permis de suggérer qu'il vaudrait probablement la peine d'intervenir préventivement en faveur de la santé des 45-65 ans dans cette entreprise, avant l'apparition de troubles physiques irréversibles. Enfin, il importeraient de se préoccuper de la protection et de la promotion de la santé des membres de la GS, en particulier de celle des hommes, au vu des observations faites, des tendances dans les évolutions sociétales, de l'évolution de la charge totale de travail de la GS et des ressources de santé qui, dans la situation des hommes, semblent limitées par les normes liées à la construction de la masculinité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES¹

- NIA, NIH, U.S. Department of Health and Human Services, WHO. Global Health and Aging. Washington: National Institutes of Health, 2011 Contract No.: 11-7737.
- Pinquart M, Sorensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology Aging*. 2011;26(1):1-14.
- EU-OSHA. Ageing Workers Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work; 2014 [cited 2014 21th of March]. Available from: https://osha.europa.eu/en/priority_groups/ageingworkers.
- ILO. Work-life balance. Geneva: International Labour Organisation, 2011.
- Oulevey Bachmann A, Wild P, von Rotz U, Danuser B, Morin D. La «Génération Sandwich» en Suisse romande: mieux comprendre les facteurs associés avec la santé perçue afin de mieux agir en promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers*. 2013;115:68-84.
- Bischofberger I, Radvanszky A, Jähnke A. Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren. In: Schweizerisches Rotes Kreuz, editor. Who cares ? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich: Seismo Verlag; 2013. p. 162-84.
- Williams C. La génération sandwich. Perspective. 2004;5(9):5-13.
- Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(1):127-36.
- Kenny GP, Yardley JE, Martineau L, Jay O. Physical work capacity in older adults: implications for the aging worker. *American Journal of Industrial Medicine*. 2008;51(8):610-25.
- Höpflinger F, Weiss JA. Actifs de 50 ans et plus. In: Meyer K, editor. La santé en Suisse Rapport national sur la santé. Chêne-Bourg: Editions Médecine & Hygiène; 2008.
- Dautzenberg MG, Diederiks JP, Philipsen H, Tan FE. Multigenerational caregiving and well-being: distress of middle-aged daughters providing assistance to elderly parents. *Women Health*. 1999;29(4):57-74.
- Ilmarinen J. Promoting Active Ageing in the Workplace. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work, 2012.
- Jepsen M. Facing the demographic changes a European overview. Brussels: European Trade Union Institute for Research, Education and Health and Safety (ETUI-REHS), 2006.
- Kellerhals J, Widmer E. Famille en Suisse: les nouveaux liens. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2005.
- Wanner P, Sauvain-Dugerdil C, Guillet E, Hussy C. Ages et générations La vie après 50 ans en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2005.
- Mestheneos E, Triantafillou J. Supporting Family Carers of Older People in Europe - the Pan-European Background. Hamburg: EUROFAMCARE-consortium, 2005.
- Jaccard Ruedin H, Weaver F, Roth M, Widmer M. Gesundheitberufe in der Schweiz: Bestandeaufnahme und Entwicklung bis 2020 in Arbeitsdocument 35. Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique, 2009.
- Jaccard Ruedin H, Weaver F. Ageing workforce in an ageing society. Bern: Obsan, 2009.
- Dorio J, Bryant R, Allen T. Work-Related Outcomes of the Work-Family Interface: Why Organizations Should Care. In: Korabik K, Lero DS, Whitehead DL, editors. *Handbook of Work-Family Integration*. London: Academic Press; 2008. p. 157-76.
- Geurts SAE, Demerouti E. Work/Non-work interface: a review of theories and findings. In: Scharbracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The Handbook of Work and Health Psychology*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2003. p. 279-312.
- Mullen J, Kelley E, Kelloway EK. Health and Well-Being Outcomes of the Work-Family Interface. In: Korabik K, Lero DS, Whitehead DL, editors. *Handbook of Work-Family Integration*. London: Academic Press; 2008. p. 191-214.

¹ Ces références sont indiquées en fonction de leur apparition dans le texte.

Zarit SH, Femia EE. A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging & Mental Health.* 2008;12(1):5-13.

Angeloff T. Monde du travail et sociologie du genre. In: Alter N, editor. *Sociologie du monde du travail.* Paris: Presses Universitaires de France; 2006. p. 283-99.

Siegrist J. A theory of occupational stress. In: Dunham J, editor. *Stress in the workplace Past, present and future.* London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2001. p. 52-66.

Neuman B. The Neuman Systems Model. In: Neuman B, Fawcett J, editors. *The Neuman Systems Model.* 5th ed. Upper Saddle River: Pearson; 2011. p. 3-33.

Moen P, Kelly E, Huang R. «Fit» inside the Work-Family Black Box: An Ecology of the Life Course, Cycles of Control Reframing. *Journal of Occupational and Organizational Psychology.* 2008;81(3):411-33.

Oulevey Bachmann A, Danuser B, Morin D. Developing a Theoretical Framework Using a Nursing Perspective to Investigate Perceived Health in the «Sandwich Generation» Group. *Nursing Science Quarterly* in press(in press);n.d.

Oulevey Bachmann A, Wild P, von Rotz U, Morin D, Danuser B. Using a salutogenic theoretical framework to identify factors protecting mental and physical health in women and men of the 'Sandwich Generation'. *BMC Public Health.* 2014;à soumettre.

Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to Score Version 2 of the SF-12® Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1). Lincoln: QualityMetric Incorporated; 2002.

Campbell C, Carroll MP. The Incomplete Revolution: Theorizing Gender When Studying Men Who Provide Care to Aging Parents. *Men and Masculinities.* 2007;9(4):491-508.

Houde SC. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs.* 2002;40(6):626-40.

Payne S, Doyal L. Older women, work and health. *Occup Med (Oxf).* 2010;60(3):172-7.

Perrig-Chiello P, Hutchison S. Pflegende Angehörige: Befindlichkeit, Erwartungen, Motivation, Hilfsbereitschaft, Probleme und Ressourcen. In: Perrig-Chiello P, Höpflinger F, Schnegg B, editors. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz.* Bern: n.d.; 2010. p. 18-51.

Duxbury L, Higgins C. Balancing work., childcare, and eldercare: a view from the trenches. Lévis: Sprott School of Business Carleton University & Desjardins Insurance, 2012.

Taux d'activité selon le sexe, la nationalité, les groupes d'âges, le type de famille [Internet]. Office fédéral de la statistique. 2013 [cited 13.09.2013]. Available from: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/03.html>.

Perrig-Chiello P, Höpflinger F, Hutchison S. AgeCare-Suisse Latine. Qui soigne et s'occupe des personnes âgées qui restent chez elles ? Berne: Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, 2011.

Barnett RC. On Multiple Roles: Past, Present, and Future. In: Korabik K, Lero D, Whitehead DL, editors. *Handbook of Work-Family Integration: Research, Theory, and Best Practices.*

Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2010;35(1):2-16.

Håkansson C, Ahlborg G, Jr. Perceptions of Employment, Domestic Work, and Leisure as Predictors of Health among Women and Men. *Journal of Occupational Science.* 2010;17(3):150-7.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1385-401.

Hanson A. *Workplace Health Promotion, a Salutogenic Approach.* Bloomington: AuthorHouse; 2007.

Vaandrager L, Koelen M. Salutogenesis in the Workplace: Building General Resistance Resources and Sense of Coherence. In: Bauer G, Jenny GJ, editors. *Salutogenic Organization and Change: the Concepts Behind Organizational Health Intervention Research.* Dordrecht: Springer Science+Business Media; 2013. p. 77-89.

Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-repor-

ted health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1997;50(5):517-28.

Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine*. 2000;51(6):931-9.

Strub S, Bauer T. Répartition du travail entre les sexes. Etat des lieux. Berne: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, 2002.

