

Partie 1

Des approches pour mieux comprendre la vie et la psychologie des patrons

- Chapitre 1** Santé du dirigeant de PME, stress et sentiment de cohérence : premiers résultats et programme de recherche
- Chapitre 2** Profiles of female leadership. The results of the “she business” project
- Chapitre 3** Entrepreneur et incertitude : des profils variés
- Chapitre 4** La gouvernance éclairée pour générer la plus forte intention de croissance entrepreneuriale
- Chapitre 5** Le comportement de l’entrepreneur : démarche causale, bricolage ou effectuation ?
- Chapitre 6** Gestion psychologique de l’arrêt de la carrière chez les entrepreneurs de PME
- Chapitre 7** L’identité professionnelle du dirigeant-proprétaire de TPE pour expliquer son positionnement stratégique
- Chapitre 8** Ingénieur !
- Chapitre 9** L’échec entrepreneurial : une voie de succès futur ?

CHAPITRE 1

Santé du dirigeant de PME, stress et sentiment de cohérence : premiers résultats et programme de recherche

Caroline DEBRAY - Agnès PARADAS - Olivier TORRES
Montpellier Recherche en Management

« Être entrepreneur signifie pouvoir supporter un niveau de stress élevé avant d'atteindre ses limites d'endurance, être capable de travailler dans des conditions de travail difficiles ou inhabituelles, sans que sa performance en soit affectée. Être tolérant à l'incertitude, pouvoir s'adapter facilement à des situations diverses et ne pas craindre le changement, voir le stress comme un stimulant positif, un incitatif à l'action..., être capable se représenter les situations, d'identifier les éléments importants et leurs relations, avoir une vision englobante des choses », Gasse et Tremblay (2004, p. 6).

Introduction

La place centrale du dirigeant en PME et son rôle essentiel quant à la survie et la pérennisation de son organisation ne sont plus à démontrer. Très peu de petites entreprises survivent à la disparition de ce dernier. Ainsi, il est fondé d'avancer que la santé du dirigeant est le premier capital immatériel de l'entreprise de petite taille (Torrès, 2012). Être le seul maître à bord, prendre des décisions quoti-

diennes impliquant le système de gestion de la PE dans son intégralité, exigent des ressources spécifiques et des traits de personnalités particuliers. Parmi les conséquences délétères du stress, l'épuisement émotionnel, ou burn-out, est celle dont les conséquences sont les plus graves pour l'entreprise, pouvant mener à sa disparition pure et simple. Il serait ainsi intéressant de voir si les entrepreneurs ont une résistance au stress supérieure à celle de la population. Une étude récente lancée par la CGPME 77 et l'ARACT (2011) montre que 79 % des patrons de TPE et PME souffrent du stress et de ses conséquences. Face à une situation d'entreprise où le dirigeant est confronté à des stimuli contradictoires et doit prendre des décisions, l'apparition d'un stress perçu comme affectant le bien-être (Bruchon-Schweitzer, 2002) est inévitable. En 2011, l'INSERM conclut, au terme d'une expertise collective menée sur le stress et la santé des travailleurs indépendants en France¹, à une quasi-absence de données sur la santé de cette catégorie de travailleurs. Comme le souligne Torrès (2010), « L'étude des croyances, attitudes et comportements des petits patrons à l'égard de la santé physique et mentale sont encore des domaines vierges en recherche ». Si quelques travaux statistiques existent sur leurs problématiques de santé, leur hétérogénéité ne permet d'en tirer que quelques conclusions éparses. En effet, des professions aussi différentes que les artisans, les commerçants, les professions libérales sont regroupées sous le vocable « professions indépendantes » dans les études. Or les contenus de travail et les risques de santé encourus ne peuvent être comparés (Torrès, 2012). Dans ce contexte, s'il apparaît pertinent de s'intéresser aux problèmes de santé rencontrés par cette population particulière (orientation pathogénique de la recherche fondée sur le modèle biomédical classique), il est tout aussi intéressant et novateur de s'interroger sur les facteurs qui aident au maintien ou à l'amélioration de la santé. C'est dans cette perspective que nous inscrivons cette recherche, à la suite des travaux d'Aaron Antonovsky et de la théorie salutogénique (littéralement « origine de la santé »). Le concept central de cette théorie est le sentiment de cohérence (SOC) et l'étude de ses liens avec la santé et le stress. Le SOC est présenté comme une orientation au regard de la santé, une ressource permettant de composer avec le stress lié à des expériences de vie négatives. Combinée à d'autres ressources, une orientation positive au regard de la santé sert de préalable au développement d'un fort sentiment de cohérence (Antonovsky, 1987). Ainsi, il a été démontré qu'une personne ayant un fort sentiment de cohérence consomme moins de drogues, de tabac et d'alcool (Kuuppelomäki, Utriainen, 2003). La recherche s'intéressant au lien entre un fort

1. Au nombre de 2,7 millions en France au 3/12/2008), INSEE, 2010.

sentiment de cohérence perçu et la gestion/réduction du stress en milieu de travail est devenue courante. Des travaux récents montrent « qu'un fort sentiment de cohérence protège contre l'anxiété, la dépression et l'épuisement professionnel » (Roy, O'Neill, 2012, p. 37). Ces auteurs soulignent aussi que plusieurs études ont démontré qu'un fort sentiment de cohérence a un effet de promotion de la santé au travail. À notre connaissance, seules les populations d'employés (salariés et managers) ont fait l'objet d'études sur le SOC. Les dirigeants d'entreprises semblent absents de ces préoccupations de santé.

Au plan pratique, se préoccuper de la santé du dirigeant de PME et des variables affectant celle-ci, apparaît pertinent tant est forte l'importance économique de ces organisations. La France compte 3,2 millions de PME, soit 99,9 % des entreprises (INSEE, 2012). Elles représentent 52 % de l'emploi salarié. Elles réalisent 38 % du chiffre d'affaires, 49 % de la valeur ajoutée et 43 % de l'investissement. Il est intéressant également de pouvoir participer à l'amélioration de l'état des connaissances sur une variable modératrice de la santé, le sentiment de cohérence. Ce concept est intégré depuis plus d'une dizaine d'années à de nombreuses politiques de santé publique, notamment dans les pays de l'Europe du Nord. En effet, depuis 2003, l'École nordique de santé publique a monté un projet salutogénique. L'objectif principal est de fournir une compréhension plus complète du concept SOC en examinant systématiquement, en analysant et synthétisant les preuves sur le concept salutogénique (Eriksson, Lindström, 2005). Selon ces auteurs, cette étude est la première tentative globale d'examen de l'ensemble du territoire de la recherche salutogénique après la mort soudaine et inattendue d'Antonovsky. Si le concept de SOC trouve maintenant des échos favorables dans d'autres régions du monde (Lindström, Eriksson, 2010), il est pour le moment absent des préoccupations de santé publique en France. Il nous paraît important de sensibiliser les pouvoirs publics, dans une approche responsable et praxéologique aux variables qui influent sur la santé des femmes et des hommes qui sont le fondement de l'économie du pays. Au plan théorique, l'interdisciplinarité de cette recherche mêlant sciences de gestion, sciences cognitives et psychologie de la santé nous semble innovante. L'étude de la santé du dirigeant de PME est un domaine encore peu exploré. En effet, si de très nombreuses études en psychologie médicale ont étudié les notions de SOC sur des populations extrêmement diversifiées (infirmières, patients, scolaires, SDF, étudiants, hommes vs femmes...), en lien avec des problèmes de santé spécifiques, ce concept a pu également être analysé en situation d'entreprise, mais toujours sur des populations d'employés (Van Schalkwyk, Rothmann, 2008, ; Muller, Rothmann, 2009) ou de managers

(Coetzee, Viviers, 2006). Aucune étude sur la SOC n'a, à notre connaissance, été menée sur des dirigeants de PME. Enfin, au plan méthodologique, une étude quantitative empirique portant sur 368 dirigeants de PME confirme l'existence d'un sentiment de cohérence relativement élevé dans cette population. Au-delà de la confirmation de la fiabilité et de la cohérence de l'échelle de mesure du sentiment de cohérence dans la population étudiée, nous comparons nos résultats à d'autres résultats publiés au plan international. Cela nous amène à présenter des hypothèses qui font l'objet de tests au sein d'un vaste programme de recherche portant sur les différents aspects de la santé des dirigeants de PME.

1. La santé du dirigeant de PME et la théorie salutogénique

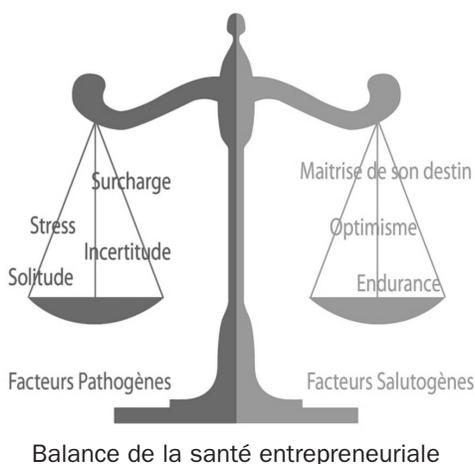
Si le stress, l'incertitude, la solitude et la surcharge de travail sont des maux reconnus par la médecine du travail ayant des conséquences pathogènes sur la santé des salariés, on remarque que ces caractéristiques sont souvent utilisées par les dirigeants eux-mêmes pour parler du « revers de la médaille » de l'activité entrepreneuriale. L'étude SUMER (2003) classe ainsi le dirigeant d'entreprise parmi les CSP subissant la demande psychologique au travail la plus élevée.

1.1 La balance de la santé entrepreneuriale

Son rôle d'homme-orchestre place souvent l'entrepreneur dans une position où il se retrouve isolé. Seul maître aux commandes, il ne bénéficie pas de l'appui d'un staff, d'experts. Il est également seul face à des décisions parfois difficiles (le licenciement d'un employé), seul face à l'incertitude des perspectives économiques de ce type d'entreprise (volatilité du carnet de commandes). Si l'on rajoute à cela la surcharge de travail qui lui incombe (combien de dirigeants de PME reconnaissent travailler 6 jours sur 7, voire plus...) et la multiplicité des rôles qu'il est souvent obligé d'endosser, les raisons sérieuses d'éprouver du stress et de tomber malade sont légion. Pour autant, les résultats récents de l'enquête épidémiologique Malakoff-Médec - Amarok (2011) effectuée sur 500 dirigeants de PME françaises montrent que ces dirigeants ont une santé perçue meilleure que les salariés (y compris les cadres, Torrès, 2012). Ils se sentent moins déprimés et moins isolés également et seraient relativement moins stressés que les salariés. Toutefois, si « 38,6 % des dirigeants ne se sentent jamais stressés (contre 11 % des salariés), un tiers déclare être souvent voire très souvent en situation de stress » (Torrès, 2012, p. 198). Si la santé des dirigeants de PME est soumise de

façon permanente à des contraintes impactant leur santé de manière pathogène, ils bénéficient par ailleurs, de facteurs salutogènes, (Bruchon-Schweitzer, 2002), protecteurs de santé. Ces facteurs sont également caractéristiques de l'activité entrepreneuriale. La balance ci-dessous figure l'équilibre existant entre ces deux types de facteurs.

Figure 1 : Balance de la santé du dirigeant de PME (Torrès, 2010)



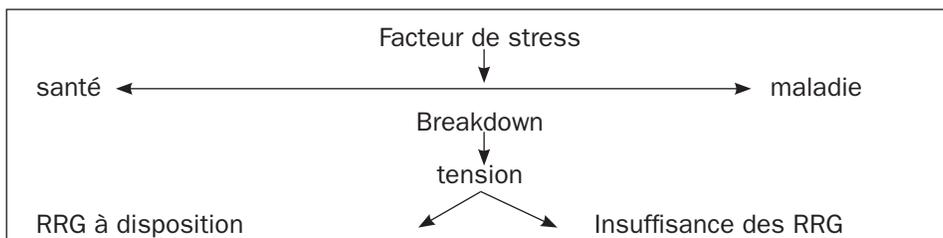
Les variables salutogènes, sont entendues comme des ressources de l'individu lui permettant de contrebalancer les effets néfastes des facteurs pathogènes qu'il subit dans son activité quotidienne. Il nous semble opportun et pertinent de compléter cette balance avec le concept de sentiment de cohérence. Le SOC reflète la capacité d'une personne à répondre à des situations stressantes. Présenté comme un facteur de médiation entre le stress perçu et le bien-être vécu au travail (caractérisé par moins d'épuisement professionnel et un meilleur engagement dans ses missions), (Rothmann et al., 2005), il peut, selon son niveau, atténuer ou aggraver les réactions à un facteur de stress (Muller, Rothmann, 2009). Cela signifie que l'impact des expériences stressantes pourrait varier selon que le SOC d'un individu est fort ou faible (Bolger, Zuckerman, 1995 ; Cooper et al, 2001) en raison de différences dans sa perception de la compréhensibilité, de la gérabilité et la signification des événements qu'il subit.

1.2 La santé dans la théorie de la salutogenèse d'Antonovsky

Notre recherche s'inscrit dans le courant de la théorie salutogénique d'Aaron Antonovsky, dont l'ouvrage fondateur, *Health, stress and coping* (1979) présente le modèle théorique salutogène afin de mieux comprendre les relations entre les stressseurs, les stratégies d'adaptation au stress et la santé. Ces travaux ont ensuite été développés dans « *Unraveling the mystery of health* » en 1987. Ils s'inscrivent à contre-courant du main stream du modèle biomédical qui se focalise sur les facteurs qui causent les maladies (courant pathogénique). L'homme baignant dans un environnement de bactéries, de virus et de stressseurs (physiques et émotionnels) en tout genre, Antonovsky s'étonne finalement que nous ne soyons pas tous malades ou morts. Pour lui la santé est l'exception et il cherche à découvrir ce qui fait que nous soyons finalement en bonne santé. Son modèle salutogénique était à l'origine destiné à être une théorie du stress (Roy, O'Neill, 2012). Sous l'influence de facteurs de stress, un individu devient sous tension. Il peut alors succomber à cette tension, tomber malade ou avoir une santé moins bonne. Ou bien, il dispose de ressources (dénommées ressources de résistance généralisées), qui lui permettent de gérer cette tension de façon positive et de rester en bonne santé. Antonovsky s'intéresse donc aux capacités d'adaptation de l'être humain, à ses modes de gestion de la tension et aux stressseurs auxquels il doit quotidiennement faire face ². Il distingue d'une part le problème classique en médecine qui consiste à s'interroger sur les raisons qui font qu'un individu attrape une certaine maladie (ou pourquoi tel groupe a un taux élevé d'une certaine maladie) et d'autre part la question des facteurs qui permettent de rester en bonne santé. Mais son questionnement relève essentiellement du « *breakdown* » (rupture) c'est-à-dire pourquoi une personne perd la santé. Il utilise le mot de *breakdown* pour conceptualiser le continuum de la santé car c'est un terme qu'il juge plus simple à comprendre. Mais le vrai concept au cœur de son travail est le continuum santé-maladie. Ce modèle a été conçu pour expliquer le maintien ou l'amélioration de l'état de santé sur un continuum de santé(ease) / « maladie » (dis-ease). Il est schématisé ci-dessous dans la figure 2.

2. Le terme de stress est réservé à l'état qui reste quand la tension n'est pas maîtrisée. Le management de la tension est le processus de traitement de la tension.

Figure 2 – Le continuum santé-maladie, d'après Antonovsky, 1987



Le continuum de la santé est représenté par une ligne allant de l'absence totale à la présence totale de maladie. Toute personne se situe à un endroit du continuum, repéré par le breakdown, et manifeste simultanément des composantes saines et malsaines. Sur le plan conceptuel, la salutogénèse est donc le déplacement vers le pôle santé du continuum santé-maladie. L'état de santé d'un individu est défini alors « comme une condition de l'organisme humain intégrant simultanément plusieurs dimensions » (Antonovsky, 1987, p. 64). Ces dimensions sont présentées en annexe 1. L'adaptation au stress explique selon Antonovsky, le secret du mouvement vers l'extrémité saine du continuum. Il montre que les demandes faites aux individus sont si variées et pour la plupart non prévisibles, qu'il faut chercher à mieux comprendre quelles ressources peuvent être utilisées pour répondre à ces demandes. Introduisant le concept de ressources de résistance générales, il cherche à comprendre pourquoi de telles ressources favorisent la santé, ce qui revient à rechercher ce que ces ressources ont en commun. Ces ressources incluent les caractéristiques de la personne ou du groupe ou un environnement qui facilitent un management de la tension efficace. Parmi les RRG externes les plus importantes, on trouve les conditions de vie de l'individu pendant l'enfance, l'éducation, la santé, des facteurs liés au travail et le support social. Plus un individu possède de RRG, plus ses chances d'avoir un SOC fort sont élevées (Antonovsky, 1987). Ces ressources sont façonnées par les expériences de vie et favorisent le développement d'un SOC fort, une façon de voir le monde qui permet de gérer de façon efficace les facteurs de stress, innombrables et complexes, qui surviennent au quotidien. La manière dont un individu va appréhender et utiliser ces ressources dépendent d'une ressource particulière, le sentiment de cohérence.

Le SOC se définit comme « une orientation globale de la vie, qui exprime la mesure dans laquelle on a un sentiment de confiance tellement omniprésent, endurant et dynamique :

- que les stimuli provenant de l'environnement interne et externe au cours de la vie sont structurés, prévisibles et explicables ; ils sont intelligibles et font sens au niveau cognitif (Comprehensibility traduit par l'intelligibilité) ;
- les ressources sont disponibles et gérables et permettent de répondre aux exigences posées par ces stimuli. (Manageability traduit par capacité à gérer) ;
- enfin, ces demandes sont des défis, dignes d'investissement et d'engagement. Au-delà de l'aspect cognitif, elles ont du sens également au niveau émotionnel (Meaningfulness traduit par signification) » (Fourie et al., 2008).

Ces trois composants du SOC : l'intelligibilité, la capacité à gérer et la signification forment le concept du sentiment de cohérence. Ils expriment dans quelle mesure les individus comprennent ce qui se passe autour d'eux, dans quelle mesure ils sont en mesure de gérer la situation par eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'autres ressources dans leur environnement (ex : support social) ainsi que leur capacité à trouver un sens à la situation et à s'y engager. Les personnes ayant un SOC élevé sont ainsi susceptibles d'identifier une plus grande variété de RRG disponibles. Antonovsky souligne que le concept de SOC est une orientation dispositionnelle plus qu'un trait de personnalité, il serait ainsi un « facteur de personnalité protecteur de la santé » (Kivimäki et al., 2000, p. 583), variable modératrice du stress perçu. Le SOC a été mesuré dans de nombreux pays, de nombreuses cultures, et concernant des problèmes variés dans le domaine de la santé et du bien-être. Les résultats convergent sur la faisabilité, la validité et la fiabilité de l'échelle ainsi que sur le caractère trans-culturel du concept.

1.3 SOC et stress

Il y a peu de doute que les caractéristiques des individus déterminent fortement si les événements et circonstances se traduiront en « mauvais stress » (Distress traduit par détresse) ou « bon stress » (eustress) (Cooper et al, 2001). Selye (1974) a différencié les deux notions et constate que le stress persistant qui n'est pas résolu par le biais d'adaptation s'apparente à de la détresse et peut mener à l'anxiété, au retrait et à un comportement dépressif. En revanche, si le stress améliore la façon dont on fonctionne, il peut être considéré comme positif (eustress). Le eustress correspond à une réponse cognitive positive face au stress. Il procure un sentiment de satisfaction et d'accomplissement positif pour la santé. Il peut dépendre du sentiment de contrôle, de l'opportunité, du lieu et du moment où le stresser apparaît mais il est lié avant tout à la manière l'individu perçoit ce stresser (comme une menace, négative ou comme un challenge, positif). Les

caractéristiques des individus et la perception qu'ils ont du monde, détermineraient ainsi les comportements d'adaptation face au stress (Semmer, 2003). Ces caractéristiques relèvent des croyances concernant la vision et la relation d'un individu avec le monde, et les ressources dont il dispose pour y faire face. Ainsi, le SOC apparaît positivement associé à la gestion du stress (Antonovsky, 1991 ; Hobfoll, 2001 ; Semmer, 2003). Le niveau de SOC d'un individu peut affecter la façon dont il perçoit les facteurs contribuant au distress et eustress au travail (Amirkhan, Greaves, 2003). De nombreux travaux ont vu le jour ces dix dernières années s'intéressant au SOC en contexte organisationnel, mais toujours, à notre connaissance, du point de vue des employés (Feldt, 1997 ; Albertsen et al., 2001 ; Kinman, 2008 ; Kalimo et al., 2003 ; Van der Colff et Rothmann, 2009 ; Pakkin et al., 2011, Van Janse et al. 2013). Un niveau perçu trop élevé d'exigence dans le travail est lié à un SOC au travail faible. L'étude de Muller et Rothman (2009), portant sur 2678 employées d'une institution financière, conclut à l'influence du SOC sur les perceptions individuelles et les comportements d'adaptation dans l'organisation. Un climat organisationnel perçu comme positif est associé à un haut niveau d'habiletés salutogéniques (intelligibilité, capacité à gérer et signification). Les individus ayant un fort SOC ont aussi une meilleure compréhension des dynamiques de groupes, sont plus aptes à utiliser leurs ressources de résistances générales pour composer avec l'anxiété et se perçoivent comme étant davantage compétents que ceux ayant un SOC faible. Albertsen et al., (2001) montrent que les employés avec un SOC élevé composent plus efficacement avec le stress lié à l'environnement de travail que les individus chez lequel il est faible. D'autres études portant sur le SOC en contexte de travail, il ressort que le sens de cohérence est lié positivement à la satisfaction au travail (Rothmann, 2001 ; Strümpfer et al. 1998), à l'engagement dans le travail (Fourie et al., 2008 ; Rothmann, et al., 2005), au bien-être général (Feldt, 1997), et à l'adaptation active face aux facteurs de stress (Muller et Rothmann, 2009). Le SOC est par ailleurs lié négativement à l'épuisement professionnel (Fourie et al., 2008 ; Rothmann et al., 2005), aux mesures de l'affectivité négative, telles l'anxiété et la névrose (Flannery et Flannery, 1990 ; Frenz et al. 1993), la dépression et le stress au travail (Feldt, 1997 ; Van Janse et al., 2013). Ainsi, Vogt et al. (2013) démontrent sur un échantillon d'employés, une corrélation entre des valeurs élevées de ressources dans le travail et un SOC au travail fort. Feldt et al., (2004) ont fait valoir que si le sens de cohérence est en effet un construit de personnalité stable à l'âge adulte, il est mieux perçu comme un facteur prédictif de perceptions au travail plutôt que le résultat de ces perceptions. Un individu avec un SOC élevé expérimente des stimuli

de l'environnement de manière suffisamment structurée pour lui permettre d'anticiper les événements et les ressources nécessaires pour répondre aux exigences posées. Enfin, Lindström et Eriksson (2010), dans une synthèse de la littérature consacrée à l'impact du SOC sur la promotion de la santé, montrent que le SOC influe sur la manière de gérer son stress au travail par l'intermédiaire d'un effet principal, d'un effet de modération et d'un effet d'interaction sur la santé. Le SOC apparaît comme un bouclier contre des conditions délétères au travail (Malinauskienė et al., 2009).

2. Méthodologie

Les 3 composantes (Compréhensibility, manageability et meaningfulness) qui composent le SOC ont été opérationnalisées par Antonovsky (1987) dans le Questionnaire de l'Orientation de Vie (OLQ) appelé également l'échelle du sentiment de cohérence. Deux versions originales de ce questionnaire existent en 29 et 13 items. L'administration de ce questionnaire fait partie d'un vaste protocole de recherche que nous présentons ici.

2.1 Protocole de l'étude Amarok

L'administration du questionnaire SOC-13 fait partie d'un programme de recherche initié par l'observatoire Amarok dans le cadre d'une vaste enquête sur les comportements et la santé de dirigeants de PME. Ainsi, dix entretiens téléphoniques ont été menés auprès de 377 dirigeants de PME durant une année (2012). Après apurement de la base de données, 368 questionnaires ont été retenus (62 femmes et 306 hommes). D'une durée moyenne de vingt minutes, l'entretien portait systématiquement dans un premier temps sur des questions récurrentes touchant à la perception par le dirigeant de sa santé ainsi que de celle de son entreprise. Dans un second temps, une problématique plus spécifique était abordée. Elle portait selon les mois, sur la santé (qualité du sommeil, tension travail-famille, maladies chroniques, épuisement émotionnel (burn-out), health locus of control) ou bien sur des caractéristiques du sujet en lien avec son activité de chef d'entreprise (orientation entrepreneuriale, optimisme, résistance au changement, auto-efficacité et estime de soi, SOC, intelligence émotionnelle). L'objectif global de cette expérimentation est de montrer (ou d'infirmer) que certaines caractéristiques spécifiques à l'activité d'entreprendre en PME sont des éléments promoteurs d'une bonne santé. Toutes les échelles de mesure qui ont été utilisées sont issues de travaux ayant

été expérimentés à l'échelle internationale, sur des populations nombreuses et diversifiées. La validité de ces instruments a été systématiquement confirmée. C'est lors du 7^e entretien que le questionnaire du SOC a été administré.

2.2 Le questionnaire de l'orientation de vie

En résumé, sur la base d'un modèle théorique complet, un questionnaire fermé systématique a été développé administrable seul ou en entretien. Deux versions du questionnaire ont été élaborées par Antonovski : l'une en 29 items (SOC-29) et une seconde en 13 items (SOC-13) qui est présentée en annexe 1. Pour chaque item, le répondant choisit une réponse sur une échelle différentielle sémantique en 7 points avec 2 phrases (ou mots) d'ancrage aux extrêmes de l'échelle. L'addition des scores obtenus pour chaque item fournit le score du SOC. Un score élevé signifie toujours un SOC fort. Sur la version en 13 items, les scores des questions 1,2,3,7 et 10 sont à inverser dans le calcul final car les questions sont formulées négativement. Ainsi, le score du SOC global sera compris entre 13 (niveau de SOC le plus faible) et 91 (niveau de SOC le plus élevé). En 1993, « plus de 10 000 personnes avaient complété le SOC 29 et 4 000 le SOC 13, dont respectivement 3568 et 1684 dans des études publiées » (Antonovsky, 1993, p. 727). Plus de la moitié des répondants sont des femmes, toutes les classes sociales ont été représentées, adultes de tous âges, mais aussi adolescents et enfants de 10 ans, dans 14 langues. Il a été administré par téléphone sans problème (Antonovsky, 1993). Concernant les qualités psychométriques, la validité et la fiabilité des deux versions, nous nous sommes appuyés sur la revue de la littérature effectuée par Eriksson et Lindström (2005). Leur étude, descriptive et analytique, a pour objectif d'examiner et d'analyser systématiquement la validité et la fiabilité du SOC. Ces auteurs ont procédé à une intégration systématique des connaissances contemporaines sur la recherche salutogénique et son concept central le SOC, publiées entre 1992-2003. Leur recension comprend 458 publications scientifiques et 13 thèses de doctorat. D'ampleur mondiale, elle est basée sur des publications scientifiques de troisième cycle dans huit bases de données autorisées, des thèses de doctorat et des ouvrages. L'échelle SOC s'est avérée relativement psychométrique. Dans 26 études utilisant SOC-29, l'alpha de Cronbach (qui mesure la cohérence interne des questions posées lors d'un test, les réponses aux questions sur un même sujet devant être corrélées) a varié de 0,82 à 0,95. Les alphas de 16 études ayant utilisé le SOC 13 étaient compris entre 0.74 to 0.91 (Antonovsky, 1993).

Nous avons dans notre étude privilégié la version courte, SOC13. En effet, les qualités psychométriques de cette version sont très acceptables (Eriksson et Lindström, 2005) et nous avons une contrainte de temps par rapport aux dirigeants. Le SOC-13 s'administre environ en 6 minutes. L'échelle comporte quatre items relatifs à la signification (meaningfulness), quatre items qui concernent l'intelligibilité, et cinq relatives à la capacité à gérer. Ces items sont numérotés 4, 5, 6, 8, 9, 12, 16, 19, 21, 25, 26, 28, 29 dans la version longue du SOC en 29 items.

3. Résultats

Après une présentation de l'échantillon et des informations concernant sa volatilité et sa distribution, nous donnons à titre d'exemples comparatifs des scores moyens de SOC et leurs écarts-types, calculés sur des populations variées (en terme de sexes, âge, professions, types de maladies déclarés...), issues de pays très divers et publiés dans un grand nombre de revues internationales (en médecine, épidémiologie, science, soins infirmiers, psychologie de la santé, psychologie industrielle, éducation...). Sachant que plus de 4 000 répondants avaient en 1993 complété le questionnaire SOC 13, que des travaux sur ce sujet continuent d'être publiés à ce jour, nous ne pouvons estimer la population mondiale qui a fait l'objet de ces calculs de score. Nous nous sommes donc principalement intéressés aux travaux les plus récents, publiés à partir des années 2000.

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

368 questionnaires ont donc été retenus soit 62 femmes et 306 hommes. Les principaux résultats de la mesure du SOC sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 – caractéristiques de la version en 13 items du SOC sur la population de dirigeants de PME

Valeurs calculées	Total des 13 items sur la population totale
(Cronbach) =	0,917230635
K =	13
variance ² =>	169,333148
moyenne =>	63,8693333
médiane =>	65
écart type =>	13,0128071
kurtosis =>	9,07911742

L'alpha de Cronbach qui ressort de notre étude est de 0.917, ce qui valide la fiabilité des réponses. Le fait que la cohérence interne (quelles que soient les populations, les cultures et la langue) soit élevée et constante est important (Eriksson, Lindström, 2005). Notons aussi que le fait que l'échelle comprend les trois composants ne réduit pas la cohérence interne (Antonovsky, 1993). Concernant la variance, elle est de 169.333. Plus elle est élevée, plus cela signifie que les scores s'étalent autour de la moyenne. Le coefficient d'aplatissement (kurtosis) donne une information sur les queues de distribution. Le kurtosis est de 9.079 (distribution leptokurtique), cela indique que la probabilité d'être très proche de la moyenne est élevée bien que des écarts très marqués puissent apparaître avec une probabilité faible. Un kurtosis élevé indique que la variance est principalement due à des déviations peu fréquentes mais extrêmes. Le score moyen de SOC est de 63.9 avec un écart-type de 13. Nous présentons une analyse de travaux ayant calculé des scores de SOC, ce qui représente plus d'une trentaine de résultats.

3.2 Comparaison d'éléments de scores moyens de soc 13

Le tableau suivant compile des résultats de travaux publiés depuis le début des années 2000. Il précise le type de population étudié, le score moyen de SOC et l'écart-type ainsi que les principaux points remarquables issus de l'étude.

Tableau 2 – Comparaison de niveaux de SOC

Références	Type de recherche et échantillon	Score moyen SOC 13 (écart-type)	Conclusions principales
Antonovsky A. (1993)	Revue de littérature sur travaux sur SOC 13 publiés : -105 religieux d'un kibboutz (46 ans âge moyen) - étudiants université USA : 145 hommes 157 Femmes - 125 non-religieux kibboutz (âge moyen 43 ans) - 371 adolescentes israéliennes - 371 adolescents israéliens - 59 étudiants 1 ^{er} cycle USA - 581 SDF femmes USA	68.7 (10) 66.7 (9.8) 66.4 (10.6) 66.4 (9.9) 59.2 (11) 58.6 (10.4) 58.5 (12.1) 55 (10.7)	Les sans-abris femmes toxicomanes ont le SOC le plus faible. Les étudiants de 1 ^{er} cycle tendent vers un SOC peu élevé. Les scores les plus élevés se retrouvent parmi les membres de kibboutz, les étudiants américains et les retraités israéliens.

Coetzee M.G., Viviers A.M. (2006)	Étude exploratoire 124 managers et superviseurs appartenant au conseil sur la recherche agricole (Afrique du sud)	68,7 (11,74)	SOC et motivation managériale sont fortement corrélés. La motivation managériale étant l'un des déterminants de la performance, les auteurs concluent que les individus avec un fort SOC devraient être placés en situation de manager.
Petersen et al. (2013)	Étude transversale 1/ 345 malades du syndrome de Lynch comparés à 2/ la population danoise	Patients : 70 (12) Danois : 65 (11)	Pas de différences entre sexes
Sasahara et al., (2012)	Étude transversale en 2 temps : 2011 : 9 515 salariés dans l'administration japonaise (recherche et l'éducation) 1 900 managers et 7 615 employés	Managers : 58.4 (11.6) Non-managers : 54.7 (11.9)	Dans les 2 groupes : SOC significativement plus élevé avec l'âge et chez les hommes Les expériences de vie comme la parentalité ou une position de manager ont un SOC plus élevé
Langeland et al. (2013)	Étude longitudinale Norvégienne : 3 mesures du SOC sur 4 mois de soins sur 252 patients (psoriasis entre 20 et 80 ans)	Suédois : 68.2 Norvégiens (67) Patients à T0 : 62.8 (10.3) Après 3 semaines : mesure1 : 65.4 (9.9) Après 3 mois : mesure2 : 63.9 (10.8)	En contexte de soins thérapeutiques, le SOC a augmenté significativement après la 1 ^{re} période de soins puis a rediminué mais moins qu'en T0
Volanen et al. (2004)	Échantillon : 3 216 finlandais et 3 140 finlandaises	hommes : 66.8 (9.5) Femmes : 66.3 (9.7)	Les hommes célibataires ont un SOC plus faible que les femmes célibataires Les travailleurs manuels et les parents isolés ont un soc plus faible
Ahola et al. (2010)	1264 diabétiques finlandais de type 1	(45 % hommes) : 74 (9) Femmes : 72 (10) SOC médian : 73	SOC < 62 considéré comme faible Prévalence d'un SOC faible plus élevée chez les femmes
Benz et al., (2013)	355 patients atteints d'arthrite	69.3 (16.3)	Plus forte corrélation entre le SOC et santé mentale que physique

**SANTÉ DU DIRIGEANT DE PME, STRESS ET SENTIMENT DE COHÉRENCE :
PREMIERS RÉSULTATS ET PROGRAMME DE RECHERCHE**

Anke et al., (2013)	229 patients dont 123 femmes de l'unité « dos et cou » d'un hôpital norvégien. 3 sous-groupes ont été formés par rapport au degré de satisfaction perçu dans leur vie.	- groupe 1 : très insatisfaits : 53 (11) - groupe 2 : assez satisfait : 59 (10) - groupe 3 satisfait et très satisfait : 65.5 (10) moyenne générale : 60 (13)	De fortes disparités de perceptions de la qualité de vie sont corrélées à des niveaux de SOC très différents. La qualité de vie perçue est associée positivement à des niveaux de SOC élevé. Les femmes sont plus satisfaites de leur vie, ce qui est associé à un SOC plus élevé.
Jakobsson U., (2011)	Étude suédoise sur 1379 personnes âgées de 75 ans à 102 ans ; dont 57.2 % de femmes. Age moyen de l'échantillon : 83.5 ans	SOC moyen de l'échantillon : 75.2 (11.9) Score moyen par sous-classe d'âge : 75-79 ans : 74.9 (12.1) 80-84 ans : 75.2 (11.7) 85-89 ans : 75.4 (11.8) 90 + ans : 76.0 (12.2)	Des scores de SOC les plus élevés parmi la littérature recensée, ce qui contredit la théorie d'Antonovsky qui avance que le SOC croît avec l'âge pour se stabiliser vers l'âge de 30 ans.
Mahammadzadeh et al. (2010)	Étude sur 375 étudiants iraniens de 18 à 24 ans	SOC moyen de l'échantillon : 58.02 (24) - hommes : 59.81 (11.89) - Femmes : 56.9 (12.79)	Correlation significative entre le SOC 13 et le concept de hardiness (endurance), relation âge-SOC peu corrélée Soc féminin plus faible que le SOC masculin

Antonovsky a défini qu'un sentiment de cohérence « normal » avoisinait avec une valeur de 62 (Anke et al., 2013, p. 283). Nombreux sont les travaux qui se réfèrent à des niveaux élevés ou faibles de SOC sans pour autant en donner une valeur mathématique. Cela est dommageable dans la mesure où il est impossible de procéder à des comparaisons. De plus, même dans les travaux présentés ci-dessus, les notions de SOC faible ou SOC élevé ne sont jamais évaluées en termes de fourchette de score. Néanmoins, Feldt (2 000), cité par Eriksson et Lindström (2005), définit dans sa thèse 4 groupes de score de SOC : 23-39 (faible) ; 40-56 (peu élevé) ; 57-73 (relativement élevé) ; et 74-90 (fort). Suivant ces critères, le score moyen du SOC est de 63.8693, ce qui le classe dans le 3^e quart (rappelons qu'il est compris entre 13 et 91). Cette population a donc en moyenne un sentiment de cohérence relativement élevé, mais inférieur à d'autres types de populations (membres d'un kibboutz, Antonovsky, 1993 ; personnes arthritiques, Benz et al., 2013, personnes âgées, Jakobson, 2010). L'écart-type de 13 est plus élevé que ceux qui ont été recensés. Cette étude comporte toutefois certaines limites. Sur les 368 questionnaires retenus, seuls 16,85 % ont été complétés par

des dirigeantes contre 83,15 % par des dirigeants. Or les femmes représentent en France environ 29 % des dirigeants d'entreprises (APCE 2007). Une étape ultérieure consistera en la constitution d'un échantillon représentatif de la population des dirigeants de PME en termes de sexe. Sur les différences de SOC entre hommes et femmes, les résultats sont variés. Si de nombreuses études semblent montrer un SOC plus fort chez les hommes que chez les femmes (Mahammadzadeh et al., 2010 ; Hallberg, 2004), certaines reflètent le contraire. Sur notre échantillon, le SOC moyen pour les dirigeantes est de 65.75 soit supérieur au score global de l'échantillon (63.89). Il s'élève même à 66.03 une fois ôtées les deux valeurs extrêmes relevées (25 et 90). Il serait intéressant, comme cela a été fait par ailleurs, de comparer le SOC de la population française, avec celui des dirigeants de PME. Il est à noter que l'étude de Gana et Garnier a été « la première à appliquer le SOC (version en 29 items) à une population française », (Gana et Garnier, 2001, p. 1081). L'étude présentée dans cette communication est, à notre connaissance, la seconde.

Conclusion

La construction du SOC, cœur d'un modèle théorique complexe, renvoie à l'orientation de chacun envers son environnement (interne et externe), orientation qui est supposée être un facteur déterminant de la position et du déplacement de l'individu sur le continuum santé-maladie. Le travail présenté vient agréger les connaissances actuelles sur le SOC en ciblant une population particulière qui n'a pas à ce jour été adossée au sentiment de cohérence. Toutefois, la structure du concept SOC n'est pas encore complètement claire et des perspectives passionnantes se profilent. Le SOC semble avoir un caractère multidimensionnel plutôt qu'unidimensionnel (Eriksson, Lindström, 2005). Ainsi, pour ces derniers serait-il pertinent de développer des méthodes qualitatives. Le SOC a été construit pour mesurer le construit comme une orientation globale, et non pour mesurer les composants de la compréhensibilité, de la gestion et de la signifiante. Bien que des tentatives de calcul ces sous-scores aient été réalisés (Mahammadzadeh, 2010 ; Gana et Garnier 2001), les corrélations entre ces sous-échelles et le SOC sont fortes. Ce serait en effet une contribution si on pouvait développer des mesures distinctes de ces composants, avec de faibles inter-corrélations. Par ailleurs, le SOC ne semble pas être aussi stable qu'Antonovsky l'a supposé. Certaines études montrent que le SOC a tendance à augmenter avec l'âge sur l'ensemble de la durée de vie (Lindström et Eriksson, 2012), c'est-à-dire que plus l'âge de la population de l'échantillon est élevé, plus fort est le SOC (Jakobsson, 2011).

D'autres travaux ont au contraire conclu à une diminution du SOC avec l'âge (Bor-glin et al. 2006). Le suivi de la cohorte Amarok sur plusieurs années permettra de vérifier ces assertions. Sur le programme de recherche à venir, nous testons actuellement plusieurs hypothèses pour vérifier les relations entre les niveaux de SOC et diverses variables liées à la santé qui ont été également recueillies lors de l'administration de ce questionnaire n° 7. Ces variables sont : la santé perçue (physique et mentale), le stress perçu, le nombre de visites chez le médecin, la qualité du sommeil, la prise de médicaments... L'objectif est d'établir s'il y a un lien entre ces variables et la performance perçue de la PME, performance également évaluée lors de l'enquête. Si les résultats confirment nos hypothèses, ce sera un moyen d'inciter les pouvoirs publics de se préoccuper, dans une approche de responsabilité sociale, de la santé de ses dirigeants.

Bibliographie

- Ahola, A.J., Saraheimo M., et al. (2010), The cross sectional associations between SOC and diabetic microvascular complications, glycaemic control, patients's conceptions of type 1 diabetes, Health and quality of life outcomes, Vol. 8 N°142, <http://www.hqlo.com/content/8/1/142>
- Albertsen, K., Nielsen, M.L., Borg, V. (2001), "The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress : The main, mediating and moderating role of sense of coherence", *Work & Stress*, Vol. 15 No 3, pp. 241–253.
- Amirkhan, J.H., Greaves, H. (2003), "Sense of coherence and stress : The mechanics of a healthy disposition", *Psychology and Health*, Vol.18 N°1, pp. 31–62.
- Anke, A., Damsgård, E., Røe, C. (2013), "Life satisfaction in subjects with long-term musculoskeletal pain in relation to pain intensity, pain distribution and coping", *Journal Rehabil Med*, Vol 45, pp. 277–285.
- Antonovsky, A. (1979), "Health, stress and coping", The Jossey-Bass Social and behavioural Science series, San Francisco, 255 p., 1^{re} édition.
- Antonovsky, A. (1987), "Unraveling the mystery of health –how people manage stress and stay well", The Jossey-Bass Social and behavioural Science series, San Francisco, 218 p., 1^{re} édition.
- Antonovsky, A. (1993), "The structure and properties of the sense of coherence scale, *Social Science&Medicine*", Vol. 36 N°6, pp. 725-733.
- APCE, (2007), « L'entrepreneuriat féminin dans les TPE et les PME françaises », novembre.
- Becker, C.M., Glascoff, M.A., Felts, W.M. (2010), "Salutogenesis 30 years Later : Where do we go from here?", *International Electronic Journal of Health Education*, N°13, pp. 25-32.

Benz, T., Angst, F., Lehmann, S., Aeschlimann, A. (2013), Association of the SOC with physical and psychosocial health... : a prospective cohort study”, *Musculoskeletal Disorders*, Vol 14 N° 159, <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/14/159>.

Bolger, N., Zuckerman, A. (1995), « À framework for studying personality in the stress process », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 69 N°5, Novembre, pp. 890-902.

Bovina, I.B. (2006), « Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes russes : « force » versus « faiblesse » », *Textes sur les représentations sociales*, Vol. 15, pp.5.1-5.11, Peer Reviewed Online Journal.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A-K., Hallberg, I-R. (2004), Older people in Sweden with various degrees of present quality of life : their health, social support, everyday activities and sense of coherence”, *Health Soc. Care Community*, Vol.14, pp. 136-146.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002), « Psychologie de la santé - modèles, concepts et méthodes », Dunod, 440 p.

Buttner, E.H. (1992), “Entrepreneurial stress : is it hazardous to your health?”, *Journal of Managerial Issues*”, Vol. 4 N°2, pp. 223-240.

Chevalier, F., Mansuy, A. (2010), « Une photographie du marché du travail en 2008, Résultats de l'enquête Emploi, division Emploi », INSEE, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1272#inter2

Coetzee, M.G., Viviers, A.M. (2006), “Managerial level, managerial motivation and sense of coherence, *SA Journal of Industrial Psychology*, Vol. 33 N° 3, pp. 35-42.

Cooper, C.L., Dewe, P.J., O'Driscoll, M.P. (2001), “Organizational stress : A review and critique of theory, research and applications”, Thousand Oaks : Sage (Eds).

Debray, Caroline, Ben Tahar, Yosr, Paradas, Agnès (2012), « Les conflits entre valeurs et choix stratégiques peuvent-ils nuire à la santé des dirigeants de PME », in Torres O. (ed) *La santé du dirigeant - de la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salubre*, De Boeck, Collection Petites Entreprises & Entrepreneuriat, p. 79-93.

Eriksson, M., Lindström, B. (2005), “Validity of Antonovsky's sense of coherence scale : a systematic review”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, N°59, pp.460–466.

Feldt, T. (1997), “The role of sense of coherence in well-being at work : Analysis of main and moderator effects”, *Work & Stress*, Vol. 11 N°2, pp. 134–147.

Flannery, R.B., Flannery, G.J. (1990), “Sense of coherence, life stress, and psychological distress : A prospective methodological inquiry”, *Journal of Clinical Psychology*, Vol.46 N°4, pp.415-420.

Fourie, L., Rothmann, S., Van de Vijver, A.J.R. (2008), “A model of work wellness for non-professional counsellors in South Africa”, *Stress and Health*, Vol. 24 N°1, pp.35–47.

Frenz, A.W., Carey, M.P., Jorgensen, R.S. (1993), "Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale", *Psychological Assessment*, Vol. 5 N°2, pp.145-153.

Gana, K., Ganie, S., (2001), "Latent structure of the SOC scale in a french sample", *Personality and Individual Differences*, N°31, pp. 1079-1090, Pergamon.

Gasse, Y., Tremblay, M. (2004), questionnaire d'auto-évaluation : ai-je un profil d'entrepreneur, <http://www.fsa.ulaval.ca/cepme/Articles&documents/BDC.PDF>.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community and the nested-self in the stress process : Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology : An International Review*, 50, 337–369.

INSEE (2012), Les chiffres clés des PME, Centre de documentation économie-finances, <http://www.economie.gouv.fr/cedef/chiffres-cles-des-pme>.

INSERM, expertise collective, (2011), « Stress au travail et santé : situation chez les indépendants », Instituts thématiques, texte intégral.

Janse van Rensburg, Y., Boonzaier, B., Boonzaier, M. (2013), "The job demands-resources model of work engagement in South African call centres", *SA Journal of Human Resource Management*, Vol. 11 N°1, #484, 13 pages.

Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P., Toppinen-Tanner, S. (2003), "Staying well or burning out at work : Work characteristics and personal resources as long-term predictors", *Work & Stress*, Vol.17 N°2, pp.109–122.

Kinman, G. (2008), "Work stressors, health and sense of coherence in UK academic employees", *Educational Psychology*, Vol. 28, pp. 823–835.

Kivimäki, M., Feld, T., Vahtera J., Nurmi J-E. (2000), "Sense of coherence and health : evidence from two cross-lagged longitudinal samples", *Social Science & Medicine*, N°50, pp. 593-597.

Kuuppelomäki, M., Utriainen, P. (2003), "A 3 year follow-up study of health care students'sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercises factors", *International Journal Nursing Studies*, Vol. 40, pp. 383-388.

Langeland, E., Robinson, A.S. et al. (2013), "Promoting SOC : salutogenesis among people with psoriasis undergoing education in climate therapy », *BMC Psychology*, Vol. 1 N°11, <http://www.biomedcentral.com/2050-7283/1/11>

Lindström, B., Eriksson, M. (2010), "The Hitchhiker's guide to salutogenesis : salutogenic pathways to health promotion" - adaptation française par Roy M. et O'Neill M., (2012), *La salutogénèse, petit guide pour promouvoir la santé*, Presses de l'Université de Laval.

Malinauskienė, V., Leisyte, P., Malinauskas, R. (2009), "Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses", *Medicina Kaunas*, Vol. 45, pp. 910-917.

Mahammadzadeh, A., Poursharifi H., Alipour A. (2010), "Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample", *Social and Behavioral Sciences*, Vol. 5, pp. 1451-1455.

Muller, Y., Rothmann, S. (2009), "Sense of coherence and employee's perceptions of helping and restraining factors in an organisation", *SA Journal of Industrial Psychology*, Vol. 35 N°1, pp. 89-98.

Pahkin, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Bergbom, B., Kouvonen, A. (2011), "Organizational change and employees' mental health : The protective role of sense of coherence", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 53, pp. 118-123.

Petersen, H.V., Ladelund, S., Carlsson, C., Nilbert, M. (2013), "Sense of coherence and self-concept in Lynch syndrome", *Hereditary Cancer in Clinical Practice*, vol 11 N°7, [http :/www.hccpjournals.com/content/11/17](http://www.hccpjournals.com/content/11/17).

Posadzki, P, Stockl, A., Musonda, P, Tsouroufli, M. (2010), "A mixed-method approach to SOC, health behaviors, self-efficacy and optimism : Towards the operationalization of positive health attitudes", *Scandinavian Journal of Psychology*, N°51, pp. 246-252.

Rothmann, S. (2001), "Sense of coherence, locus of control, self-efficacy and jobsatisfaction", *Journal of Economic and Management Sciences*, Vol. 5, pp. 41-65.

Rothmann, S., Steyn, L.J., Mostert, K. (2005), "Job stress, sense of coherence and work wellness in an electricity supply organisation", *South African Journal of Business Management*, Vol 36, N°1, p. 55-63.

Roy, M., O'Neill, M. (2012), "La salutogénèse, petit guide pour promouvoir la santé", Presses de l'Université de Laval- adaptation française de Lindström B., Eriksson M. (2010), *The Hitchhiker's guide to salutogenesis : salutogenic pathways to health promotion*, Presses de l'Université de Laval

Sasahara, S., Tomotsune, Y., Ohi, Y., Suzuki, S. et al. (2012), "Life experiences are important factors of making stronger SOC on the workers in Tsukuba research Park city", *World Academy of Science, Engineering and Technology*, Vol. 68, pp. 222-226.

Selye, H. (1974), "Stress without distress", Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Strümpfer, D.J.W., Danana, N., Gouws, J.F., Viviers, M.R. (1998), "Personality dispositions and job satisfaction", *South African Journal of Psychology*, Vol. 28, pp.92-99.

Thome, B., Hallberg, I-R. (2004), Quality of life in older people with cancer-a gender perspective, *European Journal Cancer Care*, Vol.13, pp. 454-463.

Torrès, O. (2010), « Quelques pistes provisoires de réflexion sur la santé des commerçants et artisans en France », Congrès International Francophone en Entrepreneuriat et PME, Bordeaux, 27-29 octobre, Actes.

Torrès, O. (2012), « La santé du dirigeant : de la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salubre », in Torrès O., De Boeck, collection Petites entreprises et entrepreneuriat.

Van der Colff, J.J., Rothmann, S. (2009), "Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa", SA Journal of Industrial Psychology, Vol. 35 N°1, 10 pages, <http://www.sajip.co.za>.

Van Schalkwyk, L., Rothmann, S. (2008), Validation of the orientation to Life Questionnaire (OLQ) in a chemical factory, SA Journal of Industrial psychology, Vol. 34 N°2, pp. 31-39.

Vogt, K., Jenny, G.J., Bauer, G.F. (2013), "Comprehensibility, manageability and meaningfulness at work : Construct validity of a scale measuring work-related sense of coherence. SA Journal of Industrial Psychology », Vol. 39 N°1, 8 pages, <http://www.sajip.co.za/index.php/sajip/article/view/1111/1366>

Volanen, S-M, Lahelma, E., Silventoinen, K., Suominen, S. (2004), "Factors contributing to sense of coherence among men and women", European Journal of Public Health, Vol. 14, N°3, pp. 322-330.

Annexe 1 – Les caractéristiques du continuum santé-maladie

1 - Sensation personnelle de douleur : pas du tout, légère, moyenne ou importante

2 - Limitations fonctionnelles : perçues comme limitantes par l'individu pour mener à bien ses activités : pas de limitation, limitation légère, moyenne, sévère.

3 - Implication du pronostic : reconnues par les autorités compétentes de santé :

- pas grave ou chronique
- légère, aiguë et limitante
- sérieuse, chronique et stable
- sérieuse, chronique et dégénérative
- sérieuse, aiguë et à menaçant la vie

4 - Implications en termes d'actions : ne nécessitant aucune action particulière ; requérant des efforts afin de réduire les facteurs de risques connus ; nécessitant des observations ou investigations par le système de soins de santé ; exigeant une intervention thérapeutique précise (ex : en fin de vie, aider à mourir dans la dignité).

Source : Antonovski (1987), p. 65, (traduction des auteurs).

