

1993

Bilan de santé des travailleurs québécois

Michèle Gervais

IRSST

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique>

Citation recommandée

Gervais, M. (1993). *Bilan de santé des travailleurs québécois* (Rapport n° R-078). IRSST.

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Rapports de recherche scientifique par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

**Bilan de santé
des travailleurs québécois**



**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

Michèle Gervais

Novembre 1993 R-078

RAPPORT



IRSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité
du travail du Québec

La recherche, pour mieux comprendre

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Financé par la CSST, l'Institut réalise et finance, par subvention ou contrats, des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Pour tout connaître de l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par la CSST et l'Institut.

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications.

Il est possible de se procurer le catalogue des publications de l'Institut et de s'abonner à *Prévention au travail* en écrivant à l'adresse au bas de cette page.

ATTENTION

Cette version numérique vous est offerte à titre d'information seulement. Bien que tout ait été mis en œuvre pour préserver la qualité des documents lors du transfert numérique, il se peut que certains caractères aient été omis, altérés ou effacés. Les données contenues dans les tableaux et graphiques doivent être vérifiées à l'aide de la version papier avant utilisation.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

IRSST - Direction des communications
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1 551
Télécopieur: (514) 288-7636
Site internet : www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche en santé
et en sécurité du travail du Québec,

Bilan de santé des travailleurs québécois

**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

**Michèle Gervais
Programme organisation du travail, IRSST**

RAPPORT

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles de l'auteur.

© Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, novembre 1993.

4^e trimestre 1993.

SOMMAIRE

Bilan de santé des travailleurs québécois

Cette étude de la santé des travailleurs a été faite à partir des données de l'enquête Santé Québec de 1987. Elle s'est principalement intéressée aux problèmes chroniques et aux incapacités, à leur évolution selon l'âge, à leur profil selon le sexe. Les principaux problèmes de santé sont identifiés et leur variation parfois étonnante commentée à la lumière du phénomène de l'autosélection.

Plusieurs analyses multivariées utilisant un bon nombre des variables fournies par l'enquête Santé Québec ont été tentées, sans résultat probant. Cette enquête de santé générale sur l'ensemble de la population -qui n'avait donc pas été conçue autour des conditions de vie et des problèmes particuliers aux travailleurs- n'a pu démontrer de façon satisfaisante l'influence, sur la santé des travailleurs, des quelques facteurs de risque potentiellement reliés au travail qui faisaient partie de l'enquête.

Elle fournit cependant des informations pertinentes sur les problèmes de santé qui risquent de prendre de plus en plus d'importance chez les travailleurs, compte tenu de l'évolution actuelle de notre population active. Elle mène à la conclusion que les milieux de travail n'auront vraisemblablement pas le choix de composer de plus en plus avec les maladies de dégénérescence qui caractérisent une population active vieillissante, que les liens entre les environnements de travail et l'étiologie de ces maladies soient clairement démontrés ou non.

Quelques biais, liés entre autres au mode de collecte des données, ont été identifiés et ont rendue plus ardue l'interprétation des résultats. La partie à notre avis la plus valable des résultats est présentée dans ce rapport. Une liste de faits saillants suit.

FAITS SAILLANTS

- Près de la moitié (45 %) des travailleurs déclarent ne souffrir d'aucun problème de santé que ce soit. Parmi les 55 % restants, 12 % n'ont que des symptômes, 39 % disent souffrir d'au moins une maladie chronique et 4 % d'une incapacité restreinte ou sévère.
- Le nombre moyen de problèmes chroniques est sensiblement plus élevé chez les femmes (0,92) que chez les hommes (0,54).

Problèmes de santé chroniques:

- Les problèmes de santé chroniques les plus répandus parmi les travailleurs sont les maux de dos (prévalence: 7,9%) et les allergies respiratoires (7,3%). Parmi les travailleuses, ce sont les migraines (11,5%), les troubles ou douleurs ostéo-articulaires (9,9%) et les différents types d'allergies (de 8 à 9%).
- Les plus fortes prévalences de maux de dos sont observées chez les cols bleus de sexe masculin (9,3%), plus particulièrement chez les manutentionnaires (11,5%). Les travailleuses les plus atteintes sont celles des "autres" services (concierges, coiffeuses, gardiennes d'enfant, etc: 10,4%) et les vendeuses (9%). Malgré des différences sensibles dans les taux, les maux de dos sont un problème passablement répandu dans toutes les catégories professionnelles.
- Les maux de dos atteignent un maximum de prévalence chez les travailleurs qui sont au milieu de leur vie active (30-45 ans); chez les inactifs cependant, ils sont plus importants dans la tranche d'âge supérieure (45-64 ans). Cet écart pourrait s'expliquer par la sélection des travailleurs ou l'usure prématurée menant au retrait de la vie active.
- Les groupes professionnels les plus touchés par les troubles et douleurs ostéo-articulaires sont, pour le sexe féminin, les travailleuses des services (incluant la restauration: 14,1%) et de la vente (13,2%). Chez les hommes, ce sont les travailleurs de la forêt et des mines (9,9%), et les travailleurs des services sans la restauration (7,0%).

- Les troubles et douleurs ostéo-articulaires quadruplent entre le début et la fin de la vie active. Ils affectent deux fois plus souvent les travailleuses que les travailleurs.
- Les allergies respiratoires sont particulièrement répandues chez les cols blancs des deux sexes. Parmi eux, les professionnels, les travailleurs de bureau, les gestionnaires et les enseignants sont les plus atteints.
- Les troubles cutanés sont fréquents parmi les travailleuses col blanc, mais plus particulièrement chez les enseignantes (10,8%) et les infirmières (9,8%). Quoique moins importants chez les travailleurs de sexe masculin, ils prédominent chez les professionnels (6,4%) et les enseignants (6,0%).
- Les "autres" réactions allergiques sont caractéristiques des professionnelles (12,4%) et des enseignants (8,9% sexe féminin, 7,4% sexe masculin).
- Les malaises divers (migraines, fatigue, etc.) sont particulièrement répandus chez les manutentionnaires de sexe masculin et chez les travailleuses des "autres" services.

Travailleuses:

- Parmi l'ensemble des femmes sur le marché du travail, ce sont celles des services (autres que la restauration), c'est-à-dire surtout les concierges et les travailleuses des services personnels (gardiennes d'enfant, coiffeuses, etc.), qui présentent le plus grand nombre de problèmes de santé. Les maux de dos, les troubles ostéo-articulaires, les troubles cardiaques, les migraines, les troubles mentaux, la fatigue et les troubles du sommeil; affectent plus fortement ces travailleuses que toutes les autres.
- Par rapport aux cols blancs de sexe féminin, les travailleuses de bureau et les vendeuses sont celles qui présentent le plus de problèmes de maux de dos et de troubles digestifs. Les vendeuses sont davantage la cible des troubles ostéo-articulaires et cardiaques. Les professionnelles ainsi que le personnel infirmier et enseignant sont souvent victimes d'allergies sous une forme ou l'autre. Les gestionnaires qui ont déclaré plus fréquemment que les autres souffrir de troubles mentaux, sont aussi assez affectés par les migraines et les troubles cardiaques.

- Parmi les travailleuses cols bleus, les ouvrières des manufactures (concentrées dans la confection) ont déclaré sensiblement plus de migraines et de troubles ostéo-articulaires que les manutentionnaires, celles-ci souffrant plus de troubles digestifs et de fatigue ou troubles du sommeil que les premières.
- Les jeunes travailleuses (15-29 ans) souffrent davantage de maux de tête et migraines, de fatigue et troubles du sommeil, et de problèmes de peau que les inactives de même âge.

Travailleurs:

- Par rapport à l'ensemble des travailleurs, les cols blancs et les travailleurs des services sont ceux qui déclarent le plus de problèmes de santé chroniques.
- Parmi les cols bleus de sexe masculin, les manutentionnaires sont les principales victimes des problèmes chroniques suivants: les différents types d'allergies, les maux de dos et les migraines. Les travailleurs du transport sont plus touchés par l'asthme ou la bronchite, la fatigue et les troubles du sommeil, ainsi que les troubles mentaux. Les travailleurs du bâtiment souffrent plus de troubles cardiaques, alors que les travailleurs de la forêt et des mines sont davantage atteints par les troubles ostéo-articulaires et digestifs.
- Chez les cols blancs de sexe masculin, les maux de dos sont un peu plus répandus chez les travailleurs de bureau et les enseignants. Ces derniers, de même que les professionnels, déclarent plus souvent être victimes d'un type ou l'autre d'allergie. Les troubles cardiaques affectent principalement les travailleurs de bureau et les gestionnaires, ceux-ci déclarant aussi plus de troubles digestifs et de fatigue que les autres cols blancs. Quant aux professionnels, ils constituent le groupe le plus affecté par les migraines et les troubles mentaux.
- Les troubles cardiaques, les maux de dos et les troubles digestifs affectent beaucoup plus les jeunes travailleurs de sexe masculin que les inactifs de même âge.

Accidents du travail:

- On note une hausse de l'incidence des accidents du travail "assez graves" avec l'âge, parmi les sous-groupes de travailleuses les plus touchées par les accidents du travail (ouvrières, infirmières). C'est exactement l'opposé qui est observé chez les travailleurs de sexe masculin: une baisse des taux d'incidence avec l'âge dans les groupes les plus fréquemment victimes d'accidents (travailleurs de la construction, ouvriers des manufactures, travailleurs agricoles, manutentionnaires).

Incapacités

- Les travailleurs de la restauration (sexe masculin) et les travailleuses de bureau comptent les plus fortes proportions de personnes atteintes d'une incapacité de longue durée (5,4 et 5,1% respectivement).

- Beaucoup de travailleuses âgées souffrent d'un handicap, notamment celles qui oeuvrent dans le travail de bureau, la vente, secteurs où elles représentent une part croissante de la main d'oeuvre féminine.

- Les maladies du dos, des os et des articulations ainsi que les séquelles de traumatismes sont les premières causes d'incapacité pour le sexe masculin; elles sont proportionnellement plus répandues chez les travailleurs que chez les inactifs.

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué plus ou moins directement à cette étude. Je les remercie toutes, mais je tiens à remercier plus particulièrement Louise Guyon, anciennement coordonnatrice de la recherche à Santé Québec, de m'avoir fait bénéficier de sa grande expérience des données de l'enquête; Alain Marchand, assistant de recherche au GRASP, qui a accepté la responsabilité de mener les analyses multivariées qui ont été tentées sur les données de l'enquête Santé-Québec et de rédiger un texte (en appendice du rapport) faisant le point sur cette question; et Yves Carrière, assistant de recherche au département de démographie de l'Université de Montréal pour son aide bibliographique.

Je remercie aussi mes collègues de l'équipe Organisation du travail, pour leurs suggestions et critiques, ainsi que notre directeur actuel, Marcel Simard, pour ses encouragements et ses conseils; je suis également très redevable à Thierry Petitjean Roget et Paul Massicotte qui m'ont fourni une aide précieuse sur le plan informatique.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
FAITS SAILLANTS	iii
REMERCIEMENTS	vii
TABLE DES MATIERES	ix
LISTE DES TABLEAUX	xiii
LISTE DES GRAPHIQUES	xv
LISTE DES TABLEAUX DES ANNEXES	xix
LEXIQUE	xxi
1 INTRODUCTION	1
1.1 Objectifs.....	2
1.2 Remarques méthodologiques	3
1.2.1 Les biais des données	4
1.2.2 Stratégie d'analyse	6
2. LES PROBLEMES DE SANTE	11
2.1 Principaux problèmes de santé chroniques des travailleurs	12
2.2 Répartition des problèmes de santé par catégorie professionnelle	14
2.2.1 Les cols blancs	14
2.2.2 Les travailleurs des services	17
2.2.3 Les cols bleus du secondaire et du primaire	20
2.3 Un indicateur de santé mentale	22
2.4 En guise de résumé: des graphiques	28

3.	LES ACCIDENTS ET LES MALADIES DU TRAVAIL	41
3.1	Les accidents du travail	41
3.1.1	L'incidence des accidents par catégorie professionnelle	41
3.1.2	L'incidence des accidents et les horaires de travail	44
3.1.3	Comparaison avec les statistiques de la CSST	47
3.2	Les restrictions d'activité pour raison de santé	50
3.2.1	La fréquence et la durée des absences	50
3.2.2	Motifs invoqués	55
4.	LES INCAPACITES DE PLUS DE 6 MOIS	57
4.1	Travailleurs et inactifs	57
4.2	Prévalence des incapacités selon la catégorie professionnelle et le sexe	59
4.3	La nature médicale des incapacités	63
4.3.1	Nature des incapacités chez les travailleurs de sexe masculin	64
4.4	Conclusion	66
5.	LA MALADIE, L'AGE ET LE TRAVAIL	69
5.1	Evolution de quelques problèmes de santé avec l'âge	69
5.1.1	Les maux de dos	71
5.1.2	Les troubles et douleurs ostéo-articulaires	75
5.1.3	Les allergies	76
5.1.4	Les malaises divers	79
5.1.5	Les troubles cardiaques	83
5.2	L'autosélection des travailleurs	85
5.2.1	Autosélection et données statistiques	86
5.2.2	Quelques exemples	88
5.3	En conclusion	98
6.	SYNTHESE ET DISCUSSION	99
6.1	Résumé	99
6.2	Répercussions possibles sur la santé et la sécurité au travail	103
6.2.1	Composition par âge	103
6.2.2	Composition par sexe	105

6.3	Recommandations	109
7.	CONCLUSION	111
	BIBLIOGRAPHIE	115
	ANNEXE A: Tableaux complémentaires	121
	ANNEXE B: Dépendance à l'alcool	129
	ANNEXE C: Liste des questions qui ont servi à construire l'indice Ifeld	133
	ANNEXE D: Essais d'analyses multivariées	137
	ANNEXE E: Classes de profession; catégories de problèmes de santé	141

LISTE DES TABLEAUX

No		
2.1	Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les travailleurs et les inactifs, sexes réunis	13
2.2	Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les cols blancs, selon le sexe.....	16
2.3	Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les travailleurs des services, selon le sexe.....	18
2.4	Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les cols .. bleus, selon le sexe.....	21
2.5	Fraction des travailleurs qui ont un niveau élevé de détresse psychologique, par sexe et catégorie professionnelle.	23
2.6	Fraction des travailleurs qui ont un niveau élevé de détresse psychologique, selon l'âge, quelques catégories professionnelles	25
3.1	Incidence des accidents du travail selon la catégorie professionnelle et le groupe d'âge, sexe masculin, Enquête Santé Québec 1987.	42
3.2	Incidence des accidents du travail selon la catégorie professionnelle et le groupe d'âge, sexe féminin, Enquête Santé Québec 1987.....	44
3.3	Incidence des accidents du travail selon les horaires de travail et l'âge, sexe	46
3.4	Incidence des accidents du travail selon les horaires de travail et l'âge, sexe	46

3.5	Taux d'incidence des accidents du travail selon la CSST et l'enquête Santé Québec, sexes réunis.....	49
3.6	Fréquence et durée des absences pour l'ensemble des travailleurs selon le sexe et le groupe d'âge.....	51
3.7	Taux de fréquence des absences pour cause de santé chez les travailleurs, par sexe et catégorie professionnelle	52
3.8	Nombre annuel moyen de jours d'absence du travail pour cause de maladie, selon la catégorie professionnelle et le sexe	54
3.9	Principaux motifs d'absence du travail, selon le sexe	56
4.1	Prévalence de l'incapacité prolongée suivant l'âge, le sexe et le statut d'activité...	58
4.2	Prévalence de l'incapacité prolongée selon le sexe et la catégorie professionnelle .	58
4.3	Prévalence de l'incapacité prolongée suivant l'âge et la catégorie professionnelle, sexe masculin	61
4.4	Prévalence de l'incapacité prolongée suivant l'âge, quelques catégories professionnelles, sexe féminin	62
4.5	Répartition des principales causes d'incapacité, suivant l'activité et le sexe.....	65
4.6	Répartition des principales causes d'incapacité des travailleurs, suivant la catégorie professionnelle, sexe masculin.....	65
5.1	Taux de prévalence des migraines et maux de tête, selon l'âge et le sexe, professions les plus touchées	81

LISTE DES GRAPHIQUES

No		
2.1	Nombre moyen de problèmes chroniques, sexe masculin	29
2.2	Nombre moyen de problèmes chroniques, sexe féminin	29
2.3	Prévalence des maux de dos, sexe masculin	30
2.4	Prévalence des maux de dos, sexe féminin	30
2.5	Prévalence des troubles ostéo-articulaires, sexe masculin.....	31
2.6	Prévalence des troubles ostéo-articulaires, sexe féminin	31
2.7	Prévalence des allergies respiratoires, sexe masculin.....	32
2.8	Prévalence des allergies respiratoires, sexe féminin	32
2.9	Prévalence des troubles cutanés, sexe masculin	33
2.10	Prévalence des troubles cutanés, sexe féminin	33
2.11	Prévalence des réactions allergiques n.c.a., sexe masculin	34
2.12	Prévalence des réactions allergiques n.c.a., sexe féminin.....	34
2.13	Prévalence des migraines, sexe masculin	35
2.14	Prévalence des migraines, sexe féminin.....	35
2.15	Prévalence des troubles digestifs, sexe masculin	36
2.16	Prévalence des troubles digestifs, sexe féminin.....	36

2.17	Prévalence des troubles cardiaques, sexe masculin	37
2.18	Prévalence des troubles cardiaques, sexe féminin.....	37
2.19	Prévalence des maladies respiratoires, sexe masculin	38
2.20	Prévalence des maladies respiratoires, sexe féminin.....	38
2.21	Prévalence de la fatigue et des troubles du sommeil, sexe masculin	39
2.22	Prévalence de la fatigue et des troubles du sommeil, sexe féminin.....	39
2.23	Prévalence des troubles mentaux, sexe masculin	40
2.24	Prévalence des troubles mentaux, sexe féminin.....	40
5.1	Maux de dos selon l'âge, quelques professions, sexe masculin	72
5.2	Maux de dos selon l'âge, quelques professions, sexe féminin.....	72
5.3	Troubles ostéo-articulaires, quelques professions, sexe masculin.....	74
5.4	Troubles ostéo-articulaires, quelques professions, sexe féminin	74
5.5	Allergies selon l'âge, sexes réunis.....	76
5.6	Allergies respiratoires, quelques professions, sexe masculin	78
5.7	Allergies respiratoires, quelques professions, sexe féminin.....	78
5.8	Divers malaises, selon l'âge et le sexe	80
5.9	Troubles cardiaques, quelques professions, sexe masculin.....	84

5.10	Troubles cardiaques, quelques professions, sexe féminin	84
5.11	Maux de dos, travailleurs et inactifs, sexe masculin	89
5.12	Problèmes ostéo-articulaires, travailleurs et inactifs, sexe masculin.....	93
5.13	Troubles cardiaques, travailleurs et inactifs, sexe masculin	93
5.14	Suites chroniques de lésions, travailleurs et inactifs, sexe masculin	96
5.15	Incapacités prolongées, travailleurs et inactifs, sexe masculin.....	96

LISTE DES TABLEAUX DES ANNEXES

No

A-1	Prévalence des problèmes chroniques selon l'âge et le sexe, travailleurs et inactifs	122
A-2	Nombre annuel moyen de jours d'absence du travail selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle.....	123
A-3	Prévalence des maux de dos chroniques selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle.....	124
A-4	Prévalence des troubles ostéo-articulaires chroniques selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle.....	125
A-5	Nombre de travailleurs selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle, échantillon de l'enquête Santé Québec, 1er questionnaire (QRI).....	126
A-6	Nombre de travailleurs ayant répondu au deuxième questionnaire (QAA) selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle.....	127
B-1	Fraction des travailleurs classés "à risque" pour la consommation d'alcool selon l'indice Cage, par sexe et catégorie professionnelle.....	131
B-2	Fraction des travailleurs ayant une dépendance à l'alcool, d'après d'indice DSM III, par sexe et catégorie professionnelle.....	132

LEXIQUE

ACCIDENT DU TRAVAIL: dans l'enquête Santé Québec, ce terme couvre les accidents survenus au cours des 12 derniers mois et ayant causé des blessures assez graves pour obliger quelqu'un à limiter ses activités normales. Exemples de ces blessures: fracture, coupure ou brûlure grave, entorse au pied, etc.(QRI, Q# 23f)

AUTOSÉLECTION ou SÉLECTION : phénomène selon lequel certains travailleurs sont amenés à quitter leur emploi parce que les conditions de travail affectent leur état de santé ou deviennent intolérables.

HORAIRES DE TRAVAIL: les horaires "fixes" sont ceux qui ne changent jamais d'une semaine à l'autre qu'ils soient de jour ou de nuit; les horaires sont dits "alternants" quand ils changent d'une semaine à l'autre, mais en général, les changements reviennent avec régularité sur une période de quelques semaines; les "autres" horaires comprennent tout ce qui n'est pas classé dans les deux catégories précédentes. Ce qui entre sous l'étiquette "travail de nuit " comprend le travail de nuit occasionnel ou constant; par contre le "travail de jour" est toujours le jour.

INACTIF : ce terme désigne toute personne qui n'a pas d'emploi rémunéré au moment de l'enquête. Cette catégorie inclut donc les chômeurs en quête d'emploi.

INCAPACITÉ PROLONGÉE: restriction, présente depuis au moins six mois, dans le genre ou la quantité des activités qu'un individu peut faire, à cause d'une maladie physique ou mentale ou d'un problème de santé (QRI, Q#34).

INCIDENCE (des accidents du travail): rapport entre le nombre de cas de lésion ou d'accident survenus dans les 12 mois précédant l'enquête, et l'effectif moyen des travailleurs.

NOMBRE DE JOURS D'ABSENCE DU TRAVAIL: estimation annuelle basée sur le nombre total de jours durant lesquels un travailleur a dû limiter ses activités pour des raisons de santé, dans les deux semaines précédant l'interview; le résultat est ajusté pour obtenir le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie (QRI, Q#13a).

NOMBRE MOYEN DE PROBLÈMES CHRONIQUES: nombre total de problèmes chroniques rapportés par un groupe de population donné, divisé par le nombre de personnes dans ce groupe.

PRÉVALENCE d'une maladie: rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie donnée et l'effectif moyen de la population à laquelle elles appartiennent.

PROBLÈME DE SANTÉ ou MALADIE CHRONIQUE: maladie ou problème de santé présent depuis au moins un an avant l'interview.

RÉPONDANT ou TIERS-RÉPONDANT: la personne qui a été interviewée directement par l'enquêteur et qui a fourni, le cas échéant, des informations sur l'état de santé des autres membres du ménage. Le terme "répondant" est généralement utilisé pour désigner l'ensemble des personnes qui ont répondu à une enquête; mais ici on parlera plutôt de personnes "enquêtées" pour désigner ces mêmes personnes.

TRAVAILLEUR: toute personne qui au moment de l'enquête détenait un emploi rémunéré.

CAGE: Indice de la présence de risques reliés à la consommation d'alcool

DSM III: Indice de dépendance à l'alcool

CIM-9: Classification internationale des maladies, 9e révision

CSST: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

CTP: Classification type des professions, Statistique Canada, 1980

ESQ: Enquête Santé Québec 1987

ILFELD: Indice de détresse psychologique

NCHS: National Center for Health Statistics (U.S.A.)

NHIS: National Health Interview Survey (U.S.A.)

Q.R.I: Questionnaire rempli par l'interviewer avec l'aide d'un répondant pour le ménage, Enquête Santé Québec

Q.A.A.: Questionnaire "auto-administré", i.e. rempli personnellement par chaque personne enquêtée de 15 ans et plus.

S.M.: sexe masculin

S.F.: sexe féminin

N.B. la définition des CLASSES DE PROFESSION retenues est en annexe, ainsi que celle des PROBLÈMES DE SANTÉ.

1. INTRODUCTION

En 1987, Santé Québec menait une enquête sur la santé de la population québécoise. Cette enquête s'intéressait à divers aspects, dont les maladies chroniques et aiguës, les incapacités, le recours aux soins, les habitudes de vie, ainsi que quelques conditions de travail. Près des deux tiers de l'échantillon des adultes de moins de 65 ans étaient des travailleurs.

Une analyse méthodologique de cette enquête est parue¹. On y trouve des informations sur le cadre conceptuel, les particularités techniques, la définition d'une partie des variables de même que des éléments d'interprétation des résultats.

Cette enquête apporte une vision différente de l'état de santé des travailleurs puisqu'elle s'adresse à leur ensemble, et non pas, comme il est courant, qu'à ceux qui ont été indemnisés pour des lésions professionnelles. Elle s'intéresse à tous les problèmes de santé ressentis par les travailleurs, graves et moins graves, indépendamment de leurs liens possibles avec le travail.

On reconnaît de plus en plus que l'environnement dans lequel vivent les individus a une influence sur leur état de santé, même si l'on ne peut pas souvent préciser les relations causales. Les atteintes à la santé des travailleurs sont souvent d'origine multifactorielle et résultent d'une combinaison complexe de facteurs appartenant à la fois aux modes de vie, aux environnements de travail et aux particularités individuelles. Cette étude, sans pouvoir contribuer à l'identification des facteurs qui prédisposent à la maladie, fournit une vue d'ensemble de l'état de santé général des travailleurs et permet de se faire une idée, et parfois même de prévoir, dans quel sens certains problèmes de santé sont susceptibles d'évoluer, compte tenu de l'évolution prévisible de la population active. Dans ce contexte, on peut essayer d'anticiper l'influence éventuelle qu'auront certains problèmes de santé - qui pourraient être aggravés par le travail -, sur l'ensemble du système de soins, et en particulier sur les demandes d'indemnisation à la CSST. Cette étude permet aussi d'attirer l'attention sur l'état de santé des groupes de travailleurs qui sont moins présents dans les fichiers d'indemnisation des lésions professionnelles de la CSST, comme les travailleurs du tertiaire, dont la plupart se blessent relativement peu au travail.

¹ Gervais, M., Interprétation des enquêtes de santé, Rapport de recherche 057, IRSST, 1992.

Ce rapport, essentiellement descriptif, présente les résultats qui nous ont paru les plus pertinents ou utiles à ceux qui s'intéressent au domaine de la santé et de la sécurité du travail.

1.1 OBJECTIFS

L'objectif général est de présenter un bilan descriptif de l'état de santé de l'ensemble des travailleurs, et d'identifier les principaux problèmes de santé qui les affectent. Les données de l'enquête Santé Québec offrent la possibilité de regarder la santé des travailleurs sous un angle différent de celui qu'on adopte généralement en santé au travail, en travaillant avec un échantillon représentatif de presque toute la population québécoise², et non pas à partir d'une banque de données sur des travailleurs accidentés ou malades.

Ce bilan de santé couvre les maladies chroniques, les limitations d'activités de longue durée, les accidents du travail et les autres absences du travail pour raison de santé. Il touche brièvement à la santé mentale. Le bilan met l'accent sur les différences entre catégories professionnelles, groupes d'âge et sexes; quelques problèmes de santé qui préoccupent le monde du travail sont examinés un peu plus longuement.

Si l'on ne peut imputer au travail les différences de distribution de la maladie observées entre les catégories professionnelles, - les facteurs individuels, les phénomènes de sélection et les modes de vie jouent ici un rôle important -, les données de l'enquête font indirectement ressortir l'importance des liens entre santé au travail et santé générale, et, entre autres, l'effet de l'autosélection des travailleurs. Cette question sera abordée.

Le deuxième objectif est de fournir des éléments d'information et de réflexion pour les études prospectives dans le domaine de la santé et sécurité au travail, en attirant l'attention sur les problèmes de santé qui sont susceptibles de prendre de l'ampleur dans une population active qui vieillit, qui se concentre de plus en plus dans le tertiaire et dont les effectifs féminins continuent de croître.

² Les populations du Nouveau-Québec et les personnes vivant en institution sont exclues.

1.2 REMARQUES METHODOLOGIQUES

L'enquête Santé Québec a été menée en 1987 auprès d'un échantillon tiré au hasard dans les ménages québécois. Près de 14000 travailleurs faisaient partie de cet échantillon qui s'est avéré être représentatif de la population active par sexe et profession. Deux questionnaires ont servi à la collecte des données³.

Il s'agit d'une enquête transversale qui s'est faite en 8 étapes successives de cueillette, échelonnées sur toute l'année 1987. Si les enquêtes transversales ne permettent pas d'établir des liens de cause à effet entre les phénomènes observés, elles peuvent éclairer certaines situations et susciter des hypothèses d'explication basées sur des présomptions de liens entre les facteurs étudiés et leurs effets.

La principale limite de ce type d'enquête pour la recherche des liens entre santé et travail, est l'absence de données rétrospectives ou d'informations sur les antécédents professionnels des travailleurs et en particulier des anciens travailleurs. Il est fort difficile d'identifier les effets possibles du travail sur la santé à partir de l'analyse de données ponctuelles (ou transversales) concernant une population de travailleurs qui a été soumise dans le passé à une série d'expositions ou de conditions de travail sur lesquelles on n'a aucune information.

Les données recueillies par Santé Québec comme par beaucoup d'enquêtes de santé à grande échelle⁴, sont en bonne partie le produit des perceptions et des connaissances individuelles des enquêtés, plutôt que celui de mesures objectives effectuées par des médecins ou des infirmières ou de problèmes diagnostiqués par le corps médical. Ces perceptions, cependant, comportent des "messages", qui se sont avérés fort utiles comme indicateurs de l'état de santé général. Elles constituent, selon certains auteurs, un excellent facteur de prévision de la mortalité et de la morbidité en venant compléter ou renforcer les indicateurs

³ L'échantillon a été tiré par le Bureau de la Statistique du Québec qui s'est aussi chargé de la pondération des données. La collecte et le codage ont été effectués par la firme Sorecom, ainsi que la validation en collaboration avec Santé Québec. Pour plus d'information sur les aspects techniques de cette enquête, consulter le 5ième chapitre - "sources et méthodes"- du rapport méthodologique cité plus haut.

⁴ Enquête Santé Canada 1978/79, Enquête sur la Promotion de la Santé (Santé et Bien-être social, 1985), enquêtes nationales américaines du National Center for Health Studies, etc.

de santé^{5 6 7}, bien que leur validité ou les possibilités d'interprétation qu'elles offrent, varient, entre autres éléments, selon le milieu social des individus concernés.

1.2.1 Les biais des données

a) le biais du répondant

Le mode de collecte particulier aux enquêtes de santé auprès des ménages, lequel consiste à interroger une personne sur sa santé et celle des personnes avec qui elle habite, comporte quelques limites. Il entraîne une assez juste estimation de l'état de santé des personnes interrogées directement, mais vraisemblablement une sous-estimation des problèmes de santé des autres⁸ ; 45% des personnes ont été interrogées directement.

On a constaté que les répondants déclarent plus de problèmes de santé pour eux-mêmes que pour leurs proches. Il est possible que ces personnes soient plus malades; mais les gens malades ont aussi tendance à sous-estimer l'importance ou la gravité des problèmes de santé des autres. Sans compter qu'il est plus facile de parler de sa propre santé que de celle des autres, ne serait-ce que parce qu'il est plus facile de s'en souvenir.

Une difficulté est liée au fait que les personnes qui répondent au nom des autres ne sont pas choisies au hasard, et qu'elles ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population enquêtée. Les femmes et, dans une moindre mesure, les inactifs, sont surreprésentés parmi les répondants. La santé des groupes moins représentés parmi les répondants aux entrevues est, par conséquent, moins bien connue et pèse moins dans le bilan global: c'est le cas des hommes en général, surtout de ceux qui travaillent. Il ne faut pas en déduire, par ailleurs, que les problèmes de santé des femmes sont exagérés ou surestimés : des études de qualité des données faites aux Etats-Unis pour le même genre d'enquête, ont constaté une certaine

⁵ Rosenbaum, P., Bursten, J., Etude spéciale sur les groupes qui composent la main d'oeuvre, Série de rapports techniques: Enquête Promotion Santé Canada, Santé Bien-être social Canada, 1988, p.6.

⁶ Guyon, L., La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec, Cahiers québécois de démographie, 17 (2), p.196

⁷ Goldstein, M.S., Siegel, J.M., Boyer, R., "Predicting changes in perceived health status" American Journal of Public Health, 1984, 74(6):611-614.

⁸ Gervais, M., Interprétation des enquêtes de santé, Rapport de recherche 057, IRSST, 1992., chapitre 6.

sous-estimation des déclarations des femmes par rapport au contenu de leurs dossiers médicaux⁹.

Ce biais n'affecte que les données recueillies à l'aide d'un intermédiaire, ce qui est le cas du premier questionnaire de l'enquête Santé Québec qui portait sur les problèmes de santé et les incapacités (QRI). Le deuxième questionnaire (QAA) n'est pas soumis à ce biais puisque chacun répondait personnellement sur ses habitudes de vie, son bien-être psychologique, ses horaires de travail, sa scolarité, sa perception du stress, etc. Ces déclarations sont cependant affectées par un autre phénomène, celui des représentations sociales et culturelles.

Ce biais du répondant a cependant fort influencé l'analyse des données du deuxième questionnaire quand celles-ci devaient être couplées avec les données de santé du premier questionnaire. Pour cette raison, plusieurs résultats qui se sont avérés peu significatifs ou visiblement biaisés, ont dû être écartés car dénués de sens réel.

b) l'appartenance socio-culturelle

La santé et la maladie ne sont pas perçues de la même façon d'un milieu social à l'autre, ce qui a une influence directe sur la déclaration des problèmes de santé. On sait que la perception de la maladie est plus aiguë parmi les couches sociales favorisées ainsi que parmi les femmes en général.

De ce genre d'enquête, on tire donc une image de la morbidité qui est à l'inverse de celle que nous donnent les statistiques de mortalité: ces dernières montrent que les travailleurs manuels ont des espérances de vie plus courtes que les membres du haut de l'échelle socio-professionnelle. Pourtant ceux-ci déclarent plus de problèmes de santé, fréquentent davantage le médecin et font plus de prévention (Charraud 1984).

Cet écart dans les comportements ne résulte pas que de différences dans l'accès à l'information ou aux services, mais aussi des différentes façons dont le corps et la maladie sont perçus par les individus en fonction de leur bagage culturel et de leur expérience de divers milieux (Surault 1979). On peut parler ici d'un effet culturel qui joue sur toutes les données d'enquête de santé indépendamment du mode de collecte. L'interprétation des

⁹ Gervais, M. op. cit., p 8.

différences de santé, et particulièrement de la morbidité ressentie, entre les différentes couches de la société, est donc délicate.

c) l'autosélection des travailleurs

A ce biais culturel, s'ajoute celui de l'autosélection des travailleurs ("healthy worker effect") qui affecte beaucoup de statistiques sur la santé des travailleurs. Il s'agit du phénomène par lequel certains emplois ne sont occupés que par les individus qui en ont la capacité ou la force physique. Le portrait de l'état de santé des populations de travailleurs exposés à des conditions de travail difficiles, est en conséquence meilleur qu'il ne l'aurait été si une première sélection (à l'entrée dans l'emploi) et une seconde sélection (après un certain temps passé dans l'emploi), n'intervenaient pour écarter les individus les moins résistants. En conséquence, la mesure de l'état de santé des individus au moment où ils occupent un emploi donné, est vraisemblablement affectée par ce phénomène de sélection.

1.2.2 Stratégie d'analyse

Pour analyser les données en dépit du biais lié au mode de collecte, il fallait d'abord faire un tri, sélectionner les données. On aurait pu écarter toutes les personnes pour lesquelles l'information de santé a été obtenue indirectement, mais on se serait privé de près de la moitié de l'échantillon et surtout d'un nombre important de travailleurs. On a plutôt choisi de s'en tenir aux caractéristiques les moins sensibles aux biais de déclaration et on a évité, autant que possible, de comparer les groupes qui ont le plus souvent servi de répondants à ceux qui ont été sous-représentés dans cette fonction.

Comme informations sur la santé, on a retenu principalement les problèmes présents depuis au moins un an (que nous appelons ici "problèmes chroniques"; ils représentent les deux tiers de l'ensemble des problèmes déclarés) et les incapacités à exercer les activités habituelles durant une période de plus de 6 mois. On a présumé que ces deux types de données sont mieux rapportées par une tierce personne (le répondant interviewé) que les symptômes et problèmes de santé passagers ou de plus courte durée et qu'alors, l'écart entre répondants interviewés et autres enquêtés, serait sensiblement plus faible pour ce type d'information.

D'autres informations ont dû être écartées, malgré leur intérêt, à cause de leur sensibilité au biais du répondant: par exemple, la consommation de médicaments dans les jours précédant l'enquête et le recours aux soins dans les 2 dernières semaines, informations qui appartenaient au premier questionnaire. Tel que mentionné plus haut, on n'a pratiquement pas réussi à tirer de résultats valables de la comparaison des problèmes de santé (QRI) aux données disponibles sur les horaires de travail (provenant du QAA); sauf en ce qui concerne les accidents du travail, qui auraient été assez fidèlement rapportés par les répondants interviewés.

Exception faite de quelques cas particuliers, on a également limité les comparaisons entre travailleurs et inactifs, deux populations très différentes sur le plan de la santé.

On a découpé la population totale des travailleurs en 14 catégories professionnelles qu'on a, dans un deuxième temps, regroupées en 3 grandes catégories (cols blancs, travailleurs des services¹⁰ et cols bleus -- ceux-ci répartis à l'occasion selon leur secteur d'activité économique, secondaire ou primaire) pour atténuer, dans une certaine mesure, l'effet des facteurs socio-culturels qui jouent sur la déclaration de la morbidité¹¹ et faciliter l'interprétation des résultats. Bien sûr, cette atténuation ne joue qu'à l'intérieur de chaque catégorie. L'hypothèse est que, malgré ses limites, la catégorie professionnelle constitue une approximation raisonnablement bonne du milieu socio-culturel, i.e., des divers niveaux de formation, de revenu et, plus ou moins directement, des habitudes de vie (influencées par le revenu) et des attitudes face à la prévention et la santé (influencées par l'instruction).

Il y a un groupe cependant que nous avons dû exclure pour des raisons de validité des données: il s'agit des infirmiers de sexe masculin. En dehors du fait que leur groupe était le plus petit de l'échantillon, leur répartition selon l'âge était très inégale: 9 personnes seulement appartenaient au groupe des 45-64 ans, 9 personnes qui étaient en très mauvaise santé, ce qui affectait (et faussait, à notre avis) les calculs de standardisation selon l'âge. Nous les avons écartés des tableaux et des analyses par catégorie professionnelle pour y voir plus clair, tout en les conservant dans l'ensemble des données. D'autres groupes étaient également peu représentés, comme les travailleurs de la forêt et des mines (111 individus) et les manutentionnaires de sexe féminin (123), mais contrairement au personnel infirmier

¹⁰ Il s'agit des professions du groupe CCDP 61 (voir annexe); ne pas confondre avec l'ensemble des travailleurs du tertiaire, producteurs de services (par opposition aux producteurs de biens).

¹¹ Gervais, M. op. cit., chapitre 7

masculin, leur répartition selon l'âge était plus équilibrée et ne déstabilisait pas les standardisations.

Trois groupes d'âge ont été retenus, correspondant au début, au milieu et à la fin de la vie active: 15-29 ans, 30-44 ans et 45-64 ans.

Les analyses portent sur les hommes et les femmes pris séparément, pour éviter les interprétations erronées que produisent les niveaux différents de déclaration entre les sexes.

La première approche choisie pour l'analyse a été simple et classique: l'analyse de tableaux croisés réunissant trois ou quatre variables à la fois. On a évité les analyses trop fines afin de conserver, autant que possible, des effectifs suffisamment élevés dans les catégories étudiées. L'agrégation des données, même si elle est parfois frustrante, présente l'avantage d'annuler partiellement les biais présents dans les données, biais que nous ne pouvions corriger en aucune façon.

Dans une deuxième étape, on a tenté différentes analyses de régression pour mesurer l'importance de certaines des variables retenues, sur la présence ou la manifestation des principaux problèmes de santé. Ces tentatives ont malheureusement eu peu de succès. Alain Marchand, qui a accepté de faire ces analyses à un moment où les travaux étaient déjà avancés et qui a donc dû composer avec le cadre existant, explique à la fin de ce rapport, les raisons qui, selon lui, n'ont pas permis d'arriver à des résultats satisfaisants (Annexe D).

Les résultats présentés dans ce rapport sont donc ceux que la première étape d'analyse a pu mettre en évidence de la manière qui a été décrite plus haut.

En résumé, nous avons essayé de limiter l'effet des deux premiers biais mentionnés plus haut, en sélectionnant les données que nous jugions les moins sensibles, puis en les regroupant pour éviter de faire des mesures risquées sur de trop petits effectifs de travailleurs et aussi en se donnant des groupes de référence permettant les comparaisons; et finalement en ne raffinant pas trop les analyses. Nous ne croyons pas avoir éliminé l'effet des biais par ces quelques précautions, mais nous espérons les avoir atténués sensiblement.

Quant à l'effet de sélection, il est implicite et ne peut être évalué. On sait qu'il affecte surtout les travailleurs manuels, dont la majorité est de sexe masculin, deux caractéristiques présumément associées dans l'enquête, à une sous-estimation de la morbidité.

En dépit des limites des données et de l'imprécision relative de certaines informations -- réserves qui nous le reconnaissons, ne sont pas négligeables --, les résultats présentés ici montrent une certaine cohérence et convergent dans la même direction¹². Nous souhaitons qu'ils puissent contribuer à une meilleure connaissance de l'état de santé de la population qui travaille, de ses besoins, et permettre d'anticiper l'avenir quant à certains problèmes qui prennent de l'importance dans des sous-groupes de travailleurs dont les effectifs augmentent.

¹² Faut-il rappeler que cette enquête constitue, en dehors des fichiers d'indemnisation de la CSST, la seule autre source importante d'information sur la santé de l'ensemble des travailleurs québécois depuis l'enquête Santé Canada de 1978/79. Toutes les sources de données, en particulier les grandes banques, ont leurs limites - que ce soit les fichiers d'indemnisation, le Recensement canadien, les registres des hôpitaux, ceux des compagnies d'assurance ou les enquêtes nationales de santé. Plutôt que de renoncer à les analyser, il convient de le faire après avoir pris certaines précautions.

2. LES PROBLEMES DE SANTE

L'état de santé des travailleurs québécois, tel qu'appréhendé par l'enquête Santé Québec, contraste avec le portrait que nous livre la CSST avec les statistiques de réclamation pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Dans le premier cas, on trouve plus de maladies, dans le second, plus d'accidents: les univers respectifs sont passablement différents même s'ils se chevauchent en partie. Entre autres, on sait que les accidents du travail sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes; ils occupent donc plus de place dans le fichier d'indemnisation de la CSST. Par ailleurs, les indicateurs de santé globale que les enquêtes de santé permettent d'établir, attribuent systématiquement au sexe féminin une moins bonne santé, quel que soit l'âge considéré; on connaît donc mieux l'état de santé des travailleuses par l'enquête.

Puisque dans une enquête par interview, l'expression de la morbidité se rapproche davantage des motifs de consultation médicale que des causes d'hospitalisation¹³, les maladies que Santé Québec a recensées tiennent d'abord des malaises et symptômes de toutes sortes, plus ou moins graves, plus ou moins précis, qui affectent les gens dans leur vie quotidienne, ainsi que des problèmes plus douloureux et souvent susceptibles de limiter les activités, comme les problèmes liés au système locomoteur.

Les maladies graves ou mortelles sont assez peu présentes car elles sont rarement déclarées par des travailleurs: la majorité des individus atteints ne travaille plus. La formulation des questions écarte aussi certains grands malades en période de rémission.

Dans l'ensemble, ce portrait présente des analogies avec ce que les enquêtes menées au Canada (Santé Canada 1978/79), aux Etats-Unis (NHIS) et en France (CREDOC/ INSEE) nous rapportent sur l'état de santé perçu des travailleurs, bien que les comparaisons entre pays soient assez délicates car les regroupements et définitions diffèrent et que les rapports consultés ne mettent pas l'accent sur les mêmes faits. Les mêmes catégories de problèmes réapparaissent d'une enquête à l'autre, que ce soit par le biais des causes d'incapacité, des

¹³ M. Lévy, "Sur le front des maladies", Population et Sociétés, juin 1977, no 103.

maladies chroniques ou des motifs de consultation. Les maux de dos, les problèmes musculo-squelettiques et les allergies figurent en tête de liste¹⁴.

2.1 PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE CHRONIQUES DES TRAVAILLEURS

Près de la moitié (45%) des travailleurs déclarent ne souffrir d'aucun problème de santé que ce soit. Parmi les 55% qui restent, 12% n'éprouvent que des symptômes, 39% disent souffrir d'au moins une maladie chronique et 4% d'une incapacité restreinte ou sévère. Le nombre moyen de problèmes chroniques, sensiblement plus élevé chez les femmes (0,92) que chez les hommes (0,54), augmente avec l'âge.

Si l'intensité varie, la nature des problèmes de santé chroniques déclarés par l'ensemble des travailleurs ne diffère pas vraiment de celle du reste de la population, i.e. de ceux que nous appelons inactifs.

Malgré les différences de composition âge/sexe de ces deux populations (travailleurs et inactifs) et leur peu de comparabilité sur le plan de la santé, une mise en parallèle montre que quelques problèmes de santé sont proportionnellement plus répandus chez les travailleurs que chez les inactifs: c'est le cas notamment des rhinites ou allergies respiratoires, et des réactions allergiques (hypersensibilité à des produits par exemple). Elle met aussi en évidence le fait que les problèmes de santé majeurs (cardiopathies, troubles mentaux, etc) sont significativement plus répandus parmi les inactifs, ce qui en soi est une cause de l'inactivité.

Exception faite des deux types d'allergies signalés et des migraines, tous les problèmes de santé sont plus fréquents chez les inactifs (tableau 2.1).

¹⁴ Par exemple, dans l'enquête Santé Canada de 1978/79 (Santé Bien-être social Canada 1981), pour l'ensemble de la population ainsi que dans l'enquête nationale américaine de 1980 sur la santé des travailleurs (NCHS 1989a) et dans l'étude portant sur la population active en 1983-85 (NCHS 1989b).

Tableau 2.1: Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les travailleurs et les inactifs, sexes réunis (taux standardisés pour l'âge)

Problème de santé	Taux de prévalence		Rapport Trav/inactif
	Travailleurs (%)	Inactifs (%)	
allergies respiratoires	7,8	5,8	1,34
maux de dos	7,6	7,9	0,96
migraines	7,2	7,2	1,00
ostéo-articulaire	6,9	10,7	0,65
réactions allergiques	5,9	5,3	1,11
troubles cutanés	5,9	6,7	0,88
troubles digestifs	5,1	5,8	0,88
troubles cardiaques	4,9	9,5	0,52
maladies respiratoires	2,3	3,8	0,61
troubles mentaux	1,6	3,7	0,43
fatigue, insomnie	1,5	2,7	0,56
sous-total *	56,7	69,1	0,82
tous problèmes**	69,8	98,9	0,71

- * Les problèmes absents concernent les troubles de vision, de l'ouïe, de la dentition, le diabète, les troubles de thyroïde, l'anémie, les problèmes génitaux féminins.
 ** Un individu peut déclarer plusieurs problèmes de santé.

Notes: Les "troubles mentaux" comprennent surtout des cas de dépression, d'anxiété et de dépendance à l'alcool; Le terme "insomnie" réfère à l'ensemble des troubles du sommeil.

Problèmes de santé selon le sexe

Les hommes et les femmes ne souffrent pas des mêmes problèmes de santé avec la même intensité ou la même fréquence. Dans l'ensemble, les travailleurs de sexe masculin déclarent d'abord souffrir de maux de dos et de rhinites allergiques (7,9 et 7,3% de prévalence respectivement), tandis que les travailleuses ont en premier lieu déclaré des migraines et maux de tête (11,5%), puis des troubles et douleurs ostéo-articulaires (10%). Pour toutes les affections chroniques retenues, à l'exception d'une seule (les maux de dos) les taux féminins sont plus élevés, conformément à ce qu'on trouve dans d'autres études du même genre, où la morbidité féminine déclarée est généralement supérieure à celle des hommes.

2.2 REPARTITION DES PROBLEMES DE SANTE PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE

Les hommes se répartissent plus également entre les secteurs d'activité que les femmes, dont 90% appartiennent au secteur tertiaire. Malgré des différences dans la perception de la maladie, les variations dans la distribution des problèmes de santé entre les diverses catégories professionnelles peuvent apporter un éclairage nouveau ou susciter des questions sur des problèmes qui pourraient être partiellement ou indirectement liés au travail.

Les comparaisons étant délicates à cause des biais de déclaration évoqués plus haut, les analyses se feront à l'intérieur de chacune des trois catégories professionnelles de référence - cols blancs, travailleurs des services, cols bleus - de même que pour chaque sexe séparément, dans le but de réduire la portée de ces biais.

2.2.1 Les cols blancs

Ce terme couvre plusieurs catégories professionnelles: gestionnaires, professionnels, enseignants, infirmiers, travailleurs de bureau, et travailleurs de la vente¹⁵.

¹⁵ Notre définition de col blanc exclut les travailleurs des services(i.e. de la restauration, des services de protection, personnels et autres), qui sont traités séparément.

Les cols blancs ont, en général, une plus grande facilité à reconnaître et à parler de leurs problèmes de santé pour des raisons culturelles et sociales. Des études ont montré que ce qu'ils déclarent comme état de santé correspond à une estimation plus juste de la réalité que ce qu'on trouve parmi les ouvriers (Surault 1983). Il en résulte que les indicateurs de morbidité des cols blancs sont généralement élevés quand on les compare à ceux des autres travailleurs, lesquels seraient sous-estimés, selon toute vraisemblance.

Les problèmes de santé les plus souvent déclarés sont, dans l'ordre, les allergies respiratoires, les migraines et maux de tête, les réactions allergiques diverses, les maux de dos, les allergies cutanées, les troubles et douleurs ostéo-articulaires, les cardiopathies, et les troubles digestifs (tableau 2.2).

Les profils diffèrent sensiblement selon le sexe.

a) sexe masculin

C'est parmi les professionnels que les maux de tête sont les plus fréquents (6%), alors que c'est chez les enseignants (3%) qu'il le sont le moins; mais ces deux groupes, professionnels et enseignants, sont les personnes les plus touchées par les allergies: 24% d'entre eux sont affectés par l'un ou l'autre type d'allergie. Avec les travailleurs de bureau, ils sont ceux qui déclarent le plus de problèmes chroniques, bien que sur ce plan les différences entre groupes professionnels soient très faibles.

Les problèmes des os et des articulations ainsi que les maux de dos se répartissent à peu près également entre tous les groupes; mais alors que les premiers frappent davantage les travailleurs de la vente, ce sont les enseignants qui souffrent le plus des maux de dos (tableau 2.2).

On remarque que les gestionnaires souffrent plus que les autres de problèmes digestifs et cardiaques, ainsi que de fatigue et de troubles du sommeil. Les professionnels sont ceux qui sont le plus affectés par les troubles mentaux; par contre leur groupe est celui qui a le moins de maux de dos.

Tableau 2.2: Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les cols blancs, selon le sexe, (taux standardisés pour l'âge)

Sexe et profession	Taux de prévalence (%)											Nb're moyen Problèmes/ personne	Effectifs dans l'échan- tillon				
	allergies respirat.	maux de tête	réact. allerg.	maux de dos	ostéo- articul.	allergies cutanées	troubles cardiaq.	troubles digestifs	maladies respirat.	fatigue insomnie	troubles mentaux						
Sexe masculin:																	
gestionnaires	10,4	3,9	4,9	6,5	4,1	4,2	6,2	6,1	0,8	2,9	0,9	0,57	827				
professionnels	11,8	5,9	5,7	5,8	3,8	6,4	4,4	4,0	2,3	1,1	2,4	0,63	892				
enseignants	10,2	2,7	7,4	8,0	4,2	6,0	5,6	2,4	1,8	1,9	1,3	0,63	261				
travailleurs de bureau	10,0	3,9	4,0	7,8	4,9	3,8	6,4	2,8	1,8	0,5	1,4	0,62	563				
travailleurs de la vente	7,5	3,0	5,4	7,5	6,2	4,5	5,2	4,1	2,5	0,7	0,7	0,57	909				
tous cols blancs -S.M.	9,7	4,0	5,2	7,0	4,7	4,9	5,5	4,2	2,1	1,2	1,3	0,60	3 555				
Sexe féminin:																	
gestionnaires	8,1	11,9	6,2	6,5	3,1	8,4	7,1	5,0	1,3	2,2	3,3	0,81	350				
professionnelles	11,1	9,0	12,4	3,9	8,9	8,1	2,7	5,0	2,6	3,5	1,5	0,85	488				
enseignantes	9,4	12,4	8,9	4,8	9,6	10,8	5,6	4,0	1,3	0,9	1,0	0,80	401				
personnel infirmier	9,3	10,3	8,7	6,6	8,9	9,8	2,6	3,2	2,8	1,1	1,8	0,81	474				
travailleuses de bureau	9,4	11,8	8,9	8,0	9,2	8,0	5,4	6,8	3,6	2,0	2,0	0,97	1 973				
travailleuses de la vente	9,6	10,2	8,2	9,0	13,2	7,5	7,6	6,8	2,0	1,0	1,3	0,98	598				
tous cols blancs - S.F.	9,8	11,3	8,9	7,2	9,1	8,4	5,3	5,8	2,8	1,9	1,9	0,91	4 284				

Notes: Les catégories professionnelles et les problèmes de santé sont définis en annexe.
Les problèmes sont classés en ordre décroissant des prévalences calculées pour les travailleurs et travailleuses réunis.

b) sexe féminin

Les vendeuses et les employées de bureau sont, parmi les cols blancs, les travailleuses qui comptent le plus grand nombre de problèmes de santé chroniques par personne (0,98 et 0,97; tableau 2.2). Les vendeuses présentent les plus fortes prévalences enregistrées pour les trois catégories de problèmes les plus sérieux: troubles ostéo-articulaires, maux de dos et cardiopathies. Les travailleuses de bureau se situent plutôt dans la moyenne sauf pour les troubles digestifs et les maladies respiratoires (bronchite et asthme) qui les affectent davantage que les autres travailleuses (tableau 2.2).

Les professionnelles, sont relativement plus affectées que les autres travailleuses par les allergies (32% toutes allergies réunies) et les problèmes de fatigue et de sommeil; en contrepartie, elles sont relativement épargnées par les maux de dos et les troubles cardiaques. On note qu'elles souffrent moins de maux de tête, ce qui les distingue de leurs collègues de sexe masculin, toutes proportions gardées (tableau 2.2).

Les enseignantes, les infirmières et les gestionnaires ont déclaré moins de problèmes de santé en moyenne que les autres femmes cols blancs (0,8 par personne). Les infirmières se situent près de la moyenne, sauf pour les problèmes cardiaques et digestifs qui sont particulièrement moins répandus chez elles. Les enseignantes, qui ont déclaré des allergies cutanées en assez forte proportion, souffrent moins du dos que la plupart des travailleuses. En assez bonne santé, les gestionnaires sont plus vulnérables aux troubles cardiaques, mais semblent plus que les autres à l'abri des maladies ostéo-articulaires.

2.2.2 Les travailleurs des services

Cette catégorie est composée des travailleurs de la restauration, des services divers (surtout des concierges), des services de protection (policiers, agents de sécurité), des services personnels (coiffeurs, guides, gardiens d'enfants, etc), ainsi que des services de logement (préposés à l'entretien) et d'entretien de vêtements (blanchisseurs, etc.). Les hommes sont plus nombreux dans les emplois de concierges et de services de protection, alors que les femmes dominent dans la restauration et les services personnels.

Tableau 2.3: Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les travailleurs des services, selon le sexe (taux standardisés pour l'âge)

Sexe et profession	Taux de prévalence (%)												Nbre moyen Problème/ personne	Effectifs dans l'échan- tillon	
	ostéo- articul.	maux de tête	allergies respirat.	maux de dos	allergies cutanées	troubles digestifs	troubles cardiaq.	réactions allergiq.	maladies respirat.	troubles moteurs	fatigue insomnie				
sexe masculin:															
restauration	5,4	2,9	9,4	5,8	4,0	10,5	3,6	2,7	0,7	3,6	1,4	0,64	273		
protection	3,4	2,6	6,1	6,2	7,0	6,1	2,6	3,4	0,0	0,2	0,2	0,48	200		
concierges	10,7	6,3	8,6	6,3	6,2	3,6	8,3	5,3	4,4	2,8	1,3	0,67	274		
tous services- S.M.*	6,3	4,5	8,5	5,7	5,4	7,0	4,8	4,1	2,2	2,3	1,1	0,60	824		
Sexe féminin:															
restauration	13,3	10,5	7,3	6,2	8,2	8,4	5,1	4,9	5,8	1,2	3,0	0,92	390		
serv. personnels	17,1	13,8	2,9	10,4	10,6	4,6	10,2	7,2	1,7	2,4	3,4	1,13	211		
concierges	11,3	18,9	4,7	11,0	6,0	5,3	10,6	4,5	4,0	8,9	7,3	1,10	116		
tous services- S.F.*	14,1	13,0	5,8	8,2	8,4	6,4	8,4	5,3	4,4	3,9	4,1	1,05	796		

* Comprendant l'ensemble des travailleurs des services y compris ceux dont les métiers n'apparaissent pas au tableau à cause de faibles effectifs.

Notes: Les catégories professionnelles et les problèmes de santé sont définis en annexe.

Les problèmes sont classés en ordre décroissant des prévalences calculées pour les travailleurs et travailleuses réunis.

a) sexe masculin

Les travailleurs de la restauration sont particulièrement victimes de troubles digestifs : 11% soit le plus fort taux enregistré parmi tous les travailleurs, par contre ils sont parmi ceux qui ont le moins de maux de tête et migraines.

Dans les "autres" services, on observe un cumul important de problèmes chroniques, les concierges étant le groupe de travailleurs le plus atteint : c'est parmi eux qu'on trouve les plus fortes prévalences de troubles ostéo-articulaires, de cardiopathies, de maladies respiratoires et de migraines; ils ont cependant relativement moins de troubles digestifs que la majorité des travailleurs (tableau 2.3). Les policiers et gardiens de sécurité ont déclaré moins de problèmes chroniques (0,48) que les autres travailleurs des services (0,64 et 0,67), mais ils ont plus de troubles cutanés.

b) sexe féminin

Parmi l'ensemble des femmes sur le marché du travail, les travailleuses des services présentent le plus grand nombre de problèmes de santé par personne (1,05).

Dans la restauration, les troubles ostéo-articulaires sont le problème de santé le plus prévalent: 13,3% des travailleuses sont atteintes. Comme leurs collègues de sexe masculin, les travailleuses de la restauration souffrent de troubles digestifs en assez grand nombre et sont aussi comme eux, relativement épargnées par les cardiopathies.

Les travailleuses des "autres" services sont par contre parmi les moins bien loties sur le plan santé. Parmi elles, celles qui oeuvrent dans les services personnels sont très touchées par les problèmes ostéo-articulaires (17%), les maux de dos (10%) et les allergies cutanées (11%); par contre, elles comptent parmi les travailleuses qui ont déclaré le moins de rhinites allergiques et de troubles digestifs (tableau 2.3).

Les concierges, pour leur part, souffrent surtout maux de tête et migraines (19%), de maux de dos (11%), de troubles ostéo-articulaires (11%), de troubles cardiaques (11%), de troubles mentaux (9%), de fatigue et d'insomnie (7%). Ces prévalences sont, à l'exception d'une seule, les plus fortes observées parmi l'ensemble des femmes au travail.

2.2.3 Les cols bleus du secondaire et du primaire

Ces métiers sont majoritairement occupés par des hommes: travailleurs du bâtiment, du transport, ouvriers des industries manufacturières et manutentionnaires, pour le secondaire; agriculteurs, mineurs et travailleurs forestiers, pour le primaire.

a) sexe masculin

Dans l'ensemble des cols bleus, les travailleurs du primaire -- et en particulier les agriculteurs -- sont ceux qui se disent en meilleure santé (0,37 problème chronique par personne), tandis que les manutentionnaires sont dans la situation inverse (0,59).

Ce qui ressort chez les cols bleus par rapport au reste des travailleurs, est l'importante proportion de maux de dos. Les manutentionnaires qui en sont les principales victimes (11,5%) sont aussi touchés par d'autres problèmes: maux de tête et migraines (5%), allergies respiratoires (6%), troubles cardiaques (4%).

Exception faite des troubles ostéo-articulaires chez les travailleurs du transport et des troubles cardiaques chez les travailleurs du bâtiment, ces deux groupes professionnels présentent un état de santé assez proche de la moyenne des cols bleus pour les divers problèmes examinés (tableau 2.4). Les travailleurs du transport ont cependant déclaré trois fois plus de fatigue et de troubles du sommeil que les autres cols bleus.

On remarque que les travailleurs du primaire, et principalement les agriculteurs, échappent presque complètement aux allergies respiratoires, ce qui est exceptionnel par rapport à l'ensemble des travailleurs. Dans la forêt et les mines, les travailleurs déclarent relativement peu de maux de tête, de troubles cardiaques et de maux de dos, mais en contrepartie, ils présentent la plus forte prévalence enregistrée parmi l'ensemble des travailleurs de sexe masculin pour les troubles ostéo-articulaires .

b) sexe féminin

Les femmes cols bleus sont pour la plupart des ouvrières concentrées dans l'industrie de la confection et des manutentionnaires dont un grand nombre sont emballeuses. Les femmes

Tableau 2.4: Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés par les cols bleus, selon le sexe (taux standardisés pour l'âge)

Sexe et profession	Taux de prévalence (%)												Nbre moyes Problèmes/ personne	Effectifs dans l'échantillon	
	maux de dos	ostéo-articul.	maux de tête	allergies respirat.	troubles digestifs	troubles cardiaq.	réactions allergiq.	allergies cutanées	maladies respirat.	troubles mentaux	fatigue insomnie				
sexe masculin:															
ouvriers	8,9	4,1	4,0	5,1	4,5	3,8	2,6	3,2	1,4	0,8	0,4	0,46	1 676		
trav. de la construction	9,7	5,2	4,4	4,2	3,2	4,8	3,3	2,3	1,1	0,7	0,6	0,46	748		
travailleurs du transport	8,6	6,7	3,2	5,2	3,4	3,2	2,7	2,8	3,0	1,9	1,7	0,48	469		
manutentionnaires	11,5	4,3	5,2	6,2	4,2	3,7	4,8	5,4	0,9	1,3	1,0	0,59	415		
trav. agricoles	8,2	5,0	3,0	0,7	2,3	3,5	3,6	1,8	1,3	0,4	0,2	0,37	221		
trav. de la forêt et des mines	6,5	9,9	2,6	1,9	4,9	3,0	2,7	3,7	1,8	0,9	0,0	0,46	111		
tous cols bleus- S.M.	9,3	4,8	4,0	5,1	4,0	3,9	3,0	3,3	1,5	1,0	0,6	0,47	3 640		
Sexe féminin:															
ouvrières	7,8	9,3	13,0	3,8	7,1	4,2	6,2	5,3	1,8	1,7	1,9	0,84	425		
manutentionnaires	6,2	6,3	4,5	6,1	11,1	1,1	6,2	3,2	7,4	2,0	3,7	0,75	123		
tous cols bleus- S.F.	6,9	9,8	10,5	3,9	7,5	3,6	7,4	5,0	2,9	2,2	2,5	0,83	625		

* Comprendant l'ensemble des cols bleus y compris ceux dont les métiers n'apparaissent pas au tableau à cause de faibles effectifs.

Notes: Les catégories professionnelles et les problèmes de santé sont définis en annexe.

Les problèmes sont classés en ordre décroissant des prévalences calculées pour les travailleurs et travailleuses réunis.

oeuvrant dans la construction, le transport ou les secteurs primaires étaient trop peu nombreuses pour les regrouper en une catégorie distincte. Elles sont cependant incluses dans l'ensemble.

Les profils de santé de ces deux catégories de travailleuses, ouvrières et manutentionnaires, sont assez différents. Les ouvrières se comparent à peu près à la moyenne des travailleuses cols bleus pour la plupart des problèmes de santé, mais souffrent davantage de maux de tête, de troubles ostéo-articulaires, de maux de dos, et de troubles cardiaques que les manutentionnaires. Si celles-ci semblent moins affectées par les problèmes d'usure que les ouvrières, elles ont déclaré des troubles digestifs (11,1%), des maladies respiratoires (7,4%), ainsi que des problèmes de fatigue et de troubles du sommeil (3,7%) dans des proportions comptant parmi les plus fortes enregistrées dans l'ensemble de la population active féminine (tableau 2.4).

2.3 UN INDICATEUR DE SANTE MENTALE

On a pu voir en consultant les tableaux qui précèdent que les troubles mentaux chroniques comme la dépression et l'anxiété, ont été assez peu déclarés par les travailleurs et travailleuses. Dans cette section, on regardera essentiellement les résultats d'une mesure faite par Santé Québec pour évaluer la santé mentale de la population: il s'agit de l'indice PSI -- Psychiatric Symptom Index --, (appelé aussi indice Ilfeld ou indice de détresse psychologique) utilisé aux Etats-Unis depuis une quinzaine d'années¹⁶. Il s'agit d'une mesure d'intensité des symptômes fréquemment observés chez les personnes souffrant de dépression et d'anxiété et non pas d'une estimation de la fraction des travailleurs, en l'occurrence, souffrant d'une maladie mentale (Préville et al 1992).

L'indice est construit à partir des réponses faites à une trentaine de questions portant sur une variété de symptômes physiques ou psychologiques qui pourraient être liés à une variété de désordres psychiatriques, surtout d'ordre névrotique¹⁷. Le seuil au-delà duquel on estime les individus en mauvaise santé mentale a été défini un peu arbitrairement par Ilfeld, à partir

¹⁶ Le PSI, mis au point par F.W. Ilfeld en 1976, est une version abrégée du Hopkins Symptom Distress Checklist, échelle de santé mentale couvrant, selon l'auteur, les symptomatologies dépressive, anxieuse, agressive, ainsi que celle des troubles cognitifs. Voir Perrault, C., Les mesures de santé mentale: possibilités et limites de la méthodologie utilisée, Santé Québec, Cahier technique 87-06, p. 21-23.

¹⁷ Voir Perrault, C., op.cit. . Les questions apparaissent à l'annexe C.

d'études épidémiologiques: s'en inspirant, Santé Québec propose de retenir les personnes qui ont un indice égal ou supérieur à la valeur du quatrième quintile, lorsqu'on classe l'ensemble de la population active suivant un ordre croissant de cet indice.

Dans l'ensemble, les valeurs des hommes sont plus faibles que celles des femmes, conformément à ce qu'on trouve dans d'autres enquêtes qui ont utilisé cet indice ou d'autres indices de santé mentale. Certains auteurs font état d'une plus grande facilité des femmes à exprimer leurs problèmes personnels, alors que d'autres avancent que la plus forte proportion de détresse enregistrée chez les femmes traduit des situations réelles, tant pour ce qui est de la vie au travail qu'en dehors du travail ¹⁸. Par ailleurs, Prévaille (1992 p.47)

Tableau 2.5: Fraction des travailleurs qui ont un niveau élevé de détresse psychologique*, par sexe et catégorie professionnelle (taux standardisés pour l'âge)

Catégorie professionnelle	Hommes		Femmes	
	%	Rapport	%	Rapport
gestionnaires	17,0	1,23	22,4	0,92
professionnels	10,6	0,77	17,5	0,72
enseignants	11,0	0,80	22,7	0,93
personnel infirmier	--	--	16,1	0,66
travailleurs de bureau	15,8	1,14	23,5	0,96
travailleurs de la vente	14,5	1,05	31,4	1,29
travailleurs de la restauration	19,0	1,38	33,9	1,39
autres services	11,9	0,86	28,6	1,17
travailleurs agricoles	13,5	0,98	--	--
trav. de la forêt et des mines	12,3	0,89	--	--
ouvriers manufacturiers	13,4	0,97	28,7	1,18
travailleurs de la construction	12,6	0,91	--	--
travailleurs du transport	14,3	1,04	--	--
manutentionnaires et nca	11,8	0,86	29,0	1,19
tous les travailleurs	13,8	1,00	24,4	1,00

* Il s'agit de l'indice PSI: Psychiatric Symptom Index de F.W. Ilfeld

¹⁸ Voir entre autres Gove et Hughes (1979) ; Cox et al (1984); Vézina et al (1992), p.64.

signale une revue de la littérature épidémiologique effectuée par Boyer (1990) qui montre que cette mesure peut conduire à surestimer la prévalence des troubles psychologiques chez les femmes.

Les comparaisons directes des indices entre les sexes nous paraissent quelque peu risquées, compte tenu des forts écarts observés et de la présomption d'influence de facteurs socio-culturels sur la mesure de ces indices. Nous avons choisi de comparer non pas les indices bruts mais les rapports, pour chaque sexe, entre la fraction des personnes qui, dans chaque catégorie professionnelle sont classées comme étant en mauvaise santé mentale, et la moyenne des travailleurs de leur sexe.

Dans l'ensemble, l'âge a peu d'influence sur la fraction de ceux qui sont plus exposés à la mauvaise santé mentale; mais les profils sont passablement différenciés selon la catégorie professionnelle.

a) sexe masculin

Les travailleurs de la restauration sont ceux qui présentent le moins bon bilan de santé mentale (tableau 2.5), particulièrement les plus jeunes (moins de 45 ans), parmi lesquels on trouve 50% plus d'individus "à risque" que dans l'ensemble des groupes âge/sexe correspondants (environ 25%, tableau 2.6).

Les résultats montrent que les cadres et administrateurs de sexe masculin connaissent plus de problèmes d'ordre psychologique que la moyenne des travailleurs, à tout âge mais surtout les plus jeunes; ceci diffère de ce qu'ont trouvé d'autres chercheurs¹⁹.

Il y a plus de gens en bonne santé mentale parmi les enseignants et les professionnels; à une exception près: les enseignants de plus de 45 ans rejoignent les travailleurs de bureau ou les employés des transports de même classe d'âge, qui sont en moins bonne posture sur ce plan (tableau 2.6).

Hormis les emplois de gestion, on remarque que les catégories qui, pour le sexe masculin, présentent les plus forts pourcentages d'individus en mauvaise santé mentale (restauration,

¹⁹ Voir Vézina et al (1992), p. 88.

bureau; tableau 2.5), sont des catégories d'emploi traditionnellement occupées par des femmes.

Tableau 2.6: Fraction des travailleurs qui ont un niveau élevé de détresse psychologique selon l'âge, quelques catégories professionnelles

Sexe et profession	Groupe d'âge					
	15-29		30-44		45-64	
	%	rapport	%	rapport	%	rapport
sexe masculin:						
gestionnaires	19,7	147	16,2	113	14,8	108
enseignants	0,0	---	12,9	90	22,2	162
travailleurs de bureau	16,1	120	13,0	91	20,4	149
travailleurs de la restauration	22,6	169	20,6	144	11,6	85
travailleurs du transport	3,5	26	18,9	132	20,3	148
tous les travailleurs	13,4	100	14,3	100	13,7	100
sexe féminin:						
enseignantes	20,3	82	18,1	75	33,6	135
travailleuses de la vente	23,7	96	33,5	140	37,5	151
travailleuses de la restauration	39,4	160	30,5	128	32,5	131
travailleuses des "autres" services	16,3	66	37,5	157	29,1	117
ouvrières	32,2	130	30,0	126	21,9	88
manutentionnaires	23,6	96	31,7	133	32,8	132
toutes les travailleuses	24,7	100	23,9	100	24,8	100

Note: Les taux en italique sont calculés sur de petits dénominateurs (voir tableau A-6): les interpréter avec prudence.

b) sexe féminin

C'est dans la restauration et la vente que l'on trouve les plus fortes fractions de femmes qui connaissent une mauvaise santé mentale; en revanche, le personnel en soins infirmiers et les professionnelles semblent privilégiées²⁰ (tableau 2.5). Entre ces deux pôles se situent les groupes d'ouvrières, de manutentionnaires et de travailleuses des "autres" services qui comptent près de 20% plus d'individus dans la catégorie à risque.

L'examen des données par âge (tableau 2.6) montre que les jeunes enseignantes sont en bien meilleure santé mentale que les plus âgées. Parmi les travailleuses des "autres" services, la période entre 30 et 44 ans semble critique: on y enregistre 57% plus de problèmes de santé mentale que pour la moyenne des travailleuses.

c) en somme

Ces résultats sont difficiles à interpréter, l'écart entre les sexes étant très important et la mesure de l'indice pouvant être influencée par plusieurs facteurs d'ordre culturel ou individuel²¹. Defares et al (1985) ont constaté que les femmes montrent plus d'anxiété que les hommes mais qu'elles souffrent moins de problèmes de santé menaçants comme les cardiopathies ou qu'elles sont moins nombreuses à se livrer à la consommation excessive d'alcool.

Une catégorie ressort nettement pour les deux sexes: celle des travailleurs de la restauration.

On remarque aussi que les emplois tertiaires les moins prestigieux (bureau, vente, restauration, services) sont souvent associés à des niveaux élevés de l'indice Ilfeld, toutes proportions gardées. Ces emplois (dont une bonne partie sont occupés par des femmes) connaissent des contenus de travail exigeants à divers points de vue, en particulier celui des rapports avec le public (source potentielle de frustration ou d'impuissance face à la demande; pression pour répondre du mieux possible et le plus rapidement aux attentes des clients, des

²⁰ Vézina et al. obtiennent des résultats contraires en ciblant deux sous-catégories: d'une part les infirmières-auxiliaires, et d'autre part, le reste du personnel en soins infirmiers et thérapeutiques, exclusion faite des infirmiers autorisés et des aide-infirmiers (voir p.85) . La définition que nous utilisons correspond à l'ensemble du groupe 313 de la CTP.

²¹ Le biais du répondant ne joue pas dans ce cas-ci: les données proviennent du 2e questionnaire (QAA) et sont donc communiquées personnellement par chacun des enquêtés.

supérieurs, etc.), les gratifications obtenues par les travailleurs n'étant pas nécessairement à la mesure des efforts consentis.

On peut se demander si les femmes souffrent davantage de difficultés d'ordre psychologique que les hommes, ou si les écarts observés entre les sexes relèvent aussi d'une attitude différente devant la déclaration. Est-il valable d'avancer que les hommes parlent moins volontiers des malaises qu'ils ressentent, influencés par les comportements particuliers à leur culture masculine ou encore à leur milieu social?

Dans cette culture masculine, ouvrière en particulier, il existe un comportement assez répandu et bien accepté, celui de la consommation d'alcool. Servirait-elle d'exutoire à un certain nombre d'hommes pour différents stress, comme l'anxiété et la dépression seraient celui des femmes aux mêmes difficultés personnelles et professionnelles ? Le portrait que livrent les indices de dépendance à l'alcool mesurés dans l'enquête Santé Québec (voir annexe B), supporte partiellement cette hypothèse. Mais, les indices de dépendance à l'alcool étant des mesures subjectives, influencées par le bagage socio-culturel et parfois même le sentiment de culpabilité, il faut les interpréter avec réserve.

Les troubles mentaux dans leur ensemble constituent la 4^e cause d'hospitalisation (en nombre de jours) dans l'ensemble de la population canadienne, et la troisième (après les accouchements et les accidents) parmi les 15-44 ans²². Ils viennent aussi en tête des maladies les plus coûteuses au Québec, ce qui justifie qu'on confirme leur insertion dans les programmes de promotion et de prévention de la santé, programmes dans lesquels les milieux de travail pourraient jouer un rôle significatif. Non seulement parce que ces problèmes affectent d'abord les gens en âge de travailler, mais aussi parce que l'organisation du travail a été identifiée comme un des facteurs de l'apparition ou de l'aggravation des problèmes de santé mentale, particulièrement là où l'autonomie est faible et les contraintes de temps élevées²³.

Signalons, en terminant, que les hommes passent plus de temps en institution que les femmes pour troubles mentaux, entre autres à cause des psychoses alcooliques, trois fois plus fréquentes parmi eux que chez les femmes²⁴; cette observation vient d'une certaine manière appuyer l'hypothèse évoquée plus haut selon laquelle les difficultés d'ordre psychologique

²² Ableson, Paddon, Strohmenger (1983) p.67-75.

²³ Vinet, Vézina (1988).

²⁴ Statistique Canada, Perspectives sur la santé, cat. 82-540 H.S., 1983, p.75

pourraient être comparables entre les sexes, contrairement à ce qu'exprime l'indice Ilfeld, mais qu'elles différeraient plutôt dans leur expression.

2.4 EN GUISE DE RESUME: DES GRAPHIQUES

Cette section présente des graphiques illustrant la prévalence des principaux problèmes de santé pour chaque sexe en fonction des catégories professionnelles. L'intention de ces graphiques est de résumer en un coup d'oeil les variations existantes entre les groupes professionnels.

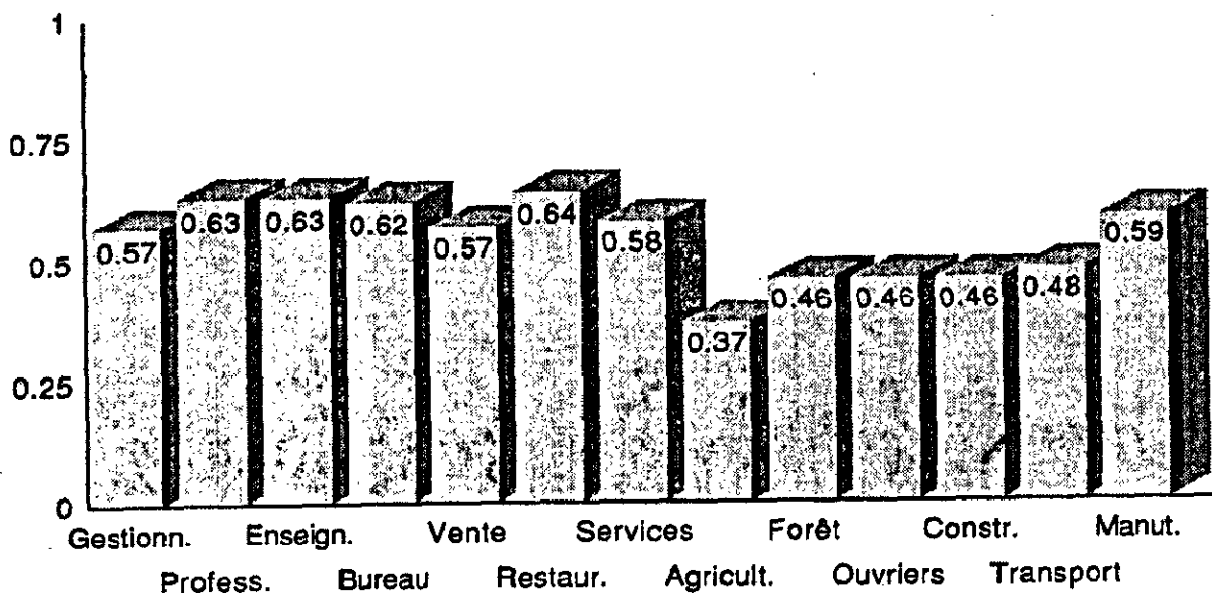
On verra plus clairement celles qui se démarquent, soit parce qu'elles sont plus affectées que la moyenne des travailleurs, ou au contraire parce qu'elles sont relativement plus "protégées" que les autres. Les comparaisons à proprement parler sont délicates, à cause des différences d'expression de la morbidité mentionnées en introduction. Cependant, les chercheurs des différents milieux pourront peut-être retrouver dans les particularités des professions, la confirmation de certaines de leurs observations.

L'appellation "services" réfère à l'ensemble des services exclusion faite de la restauration. Les ouvriers sont ceux du secteur manufacturier. "Forêt" comprend aussi les travailleurs des mines. On peut se référer à l'annexe E pour une définition plus précise des catégories professionnelles et des maladies.

Graphique 2.1

NOMBRE MOYEN DE PROBLEMES CHRONIQUES

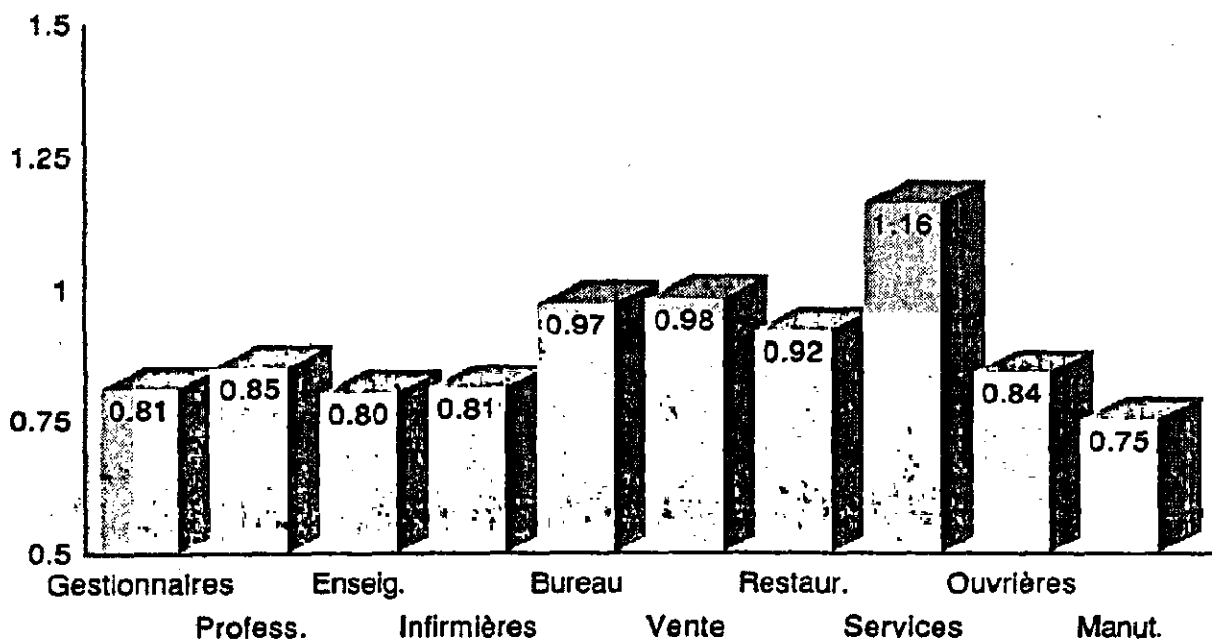
sexe masculin



Graphique 2.2

NOMBRE MOYEN DE PROBLEMES CHRONIQUES

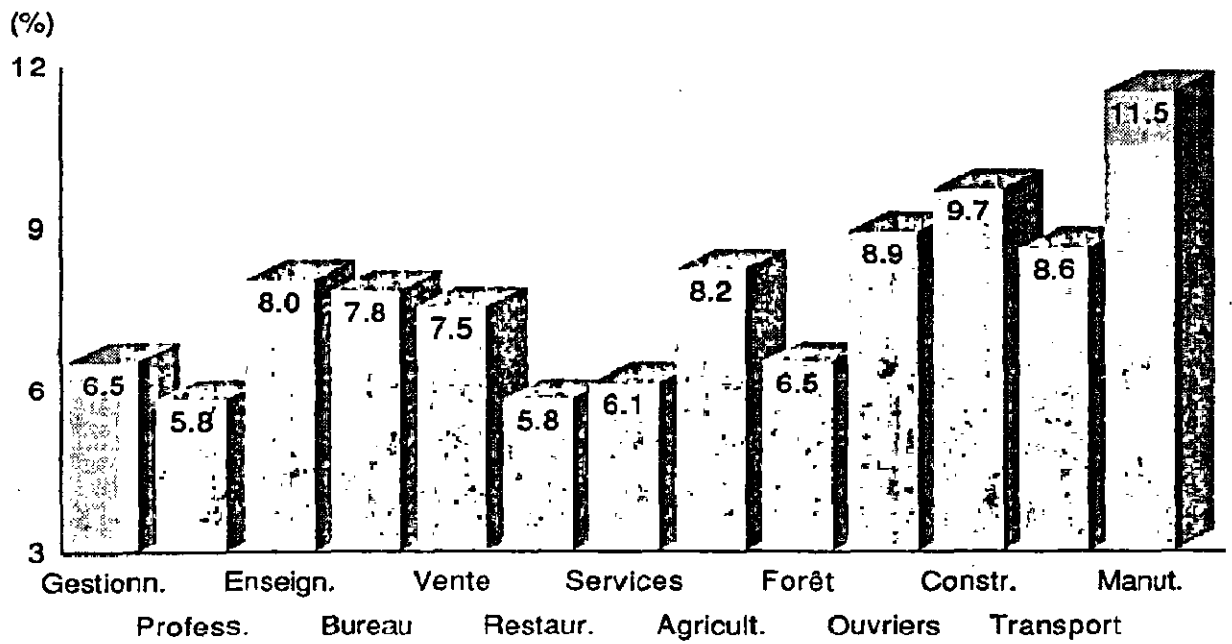
sexe féminin



Graphique 2.3

PREVALENCE DES MAUX DE DOS

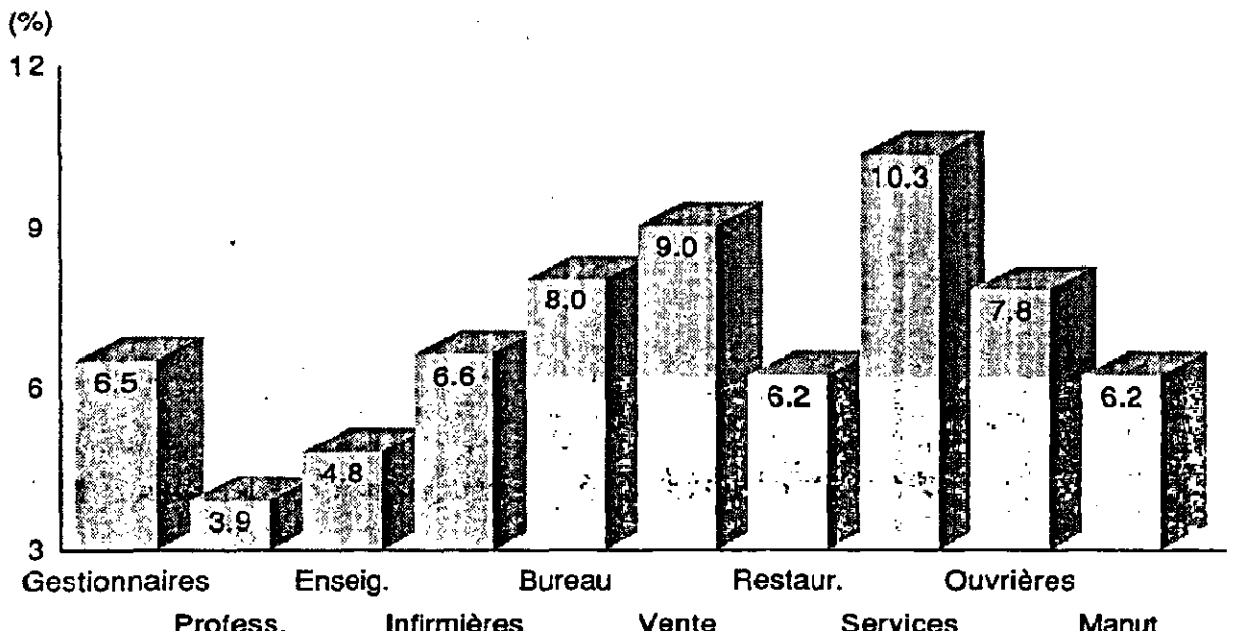
sexe masculin



Graphique 2.4

PREVALENCE DES MAUX DE DOS

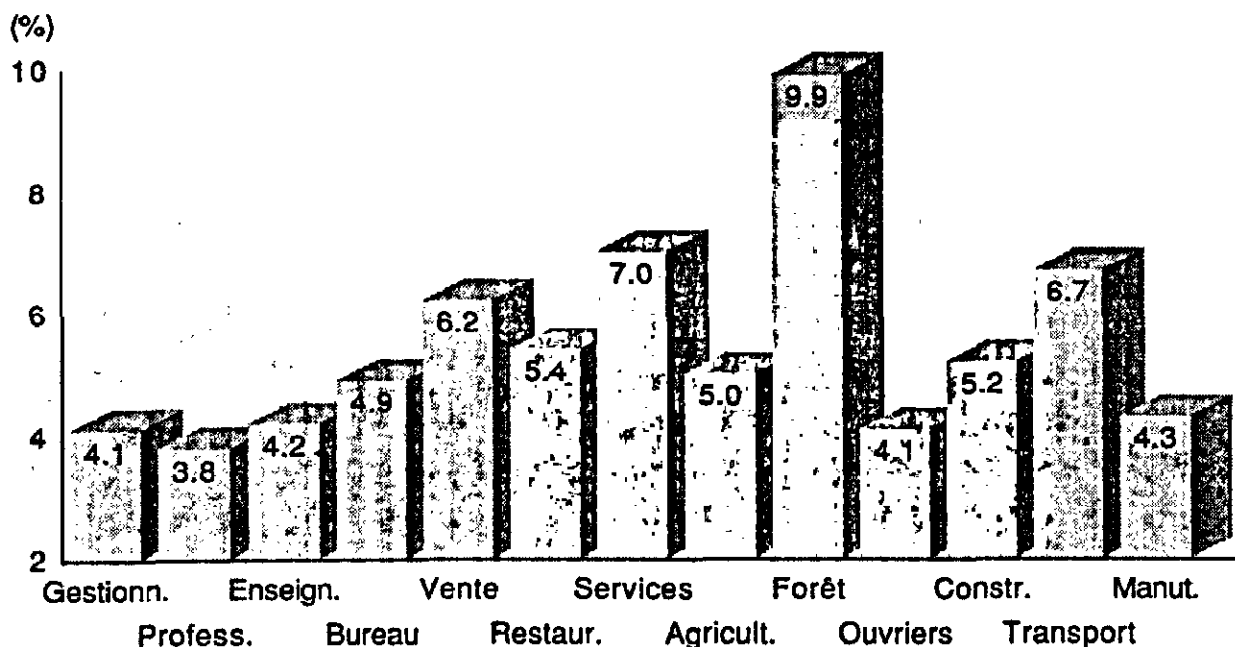
sexe féminin



Graphique 2.5

PREVALENCE DES TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES

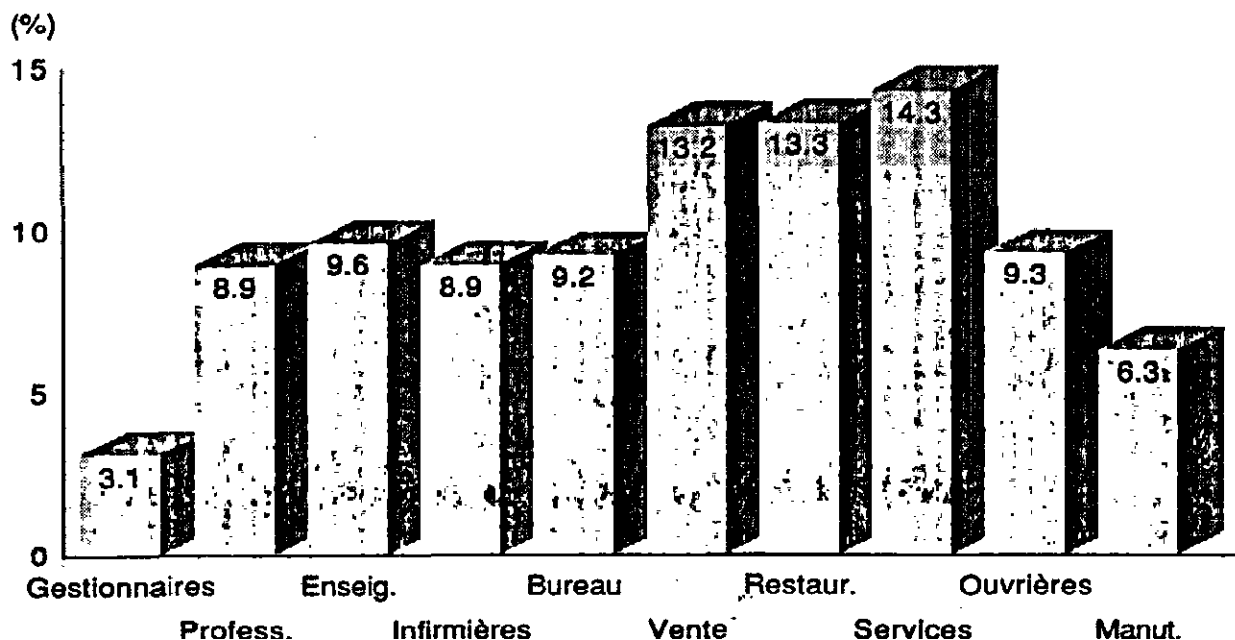
sexe masculin



Graphique 2.6

PREVALENCE DES TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES

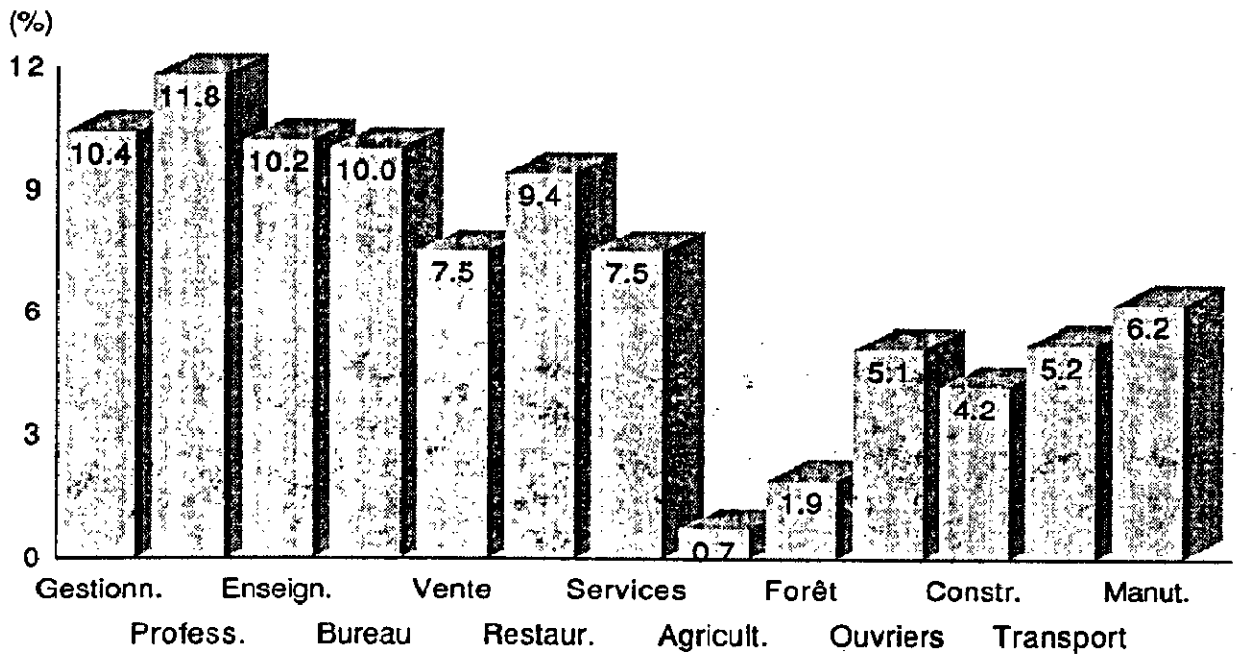
sexe féminin



Graphique 2.7

PREVALENCE DES ALLERGIES RESPIRATOIRES

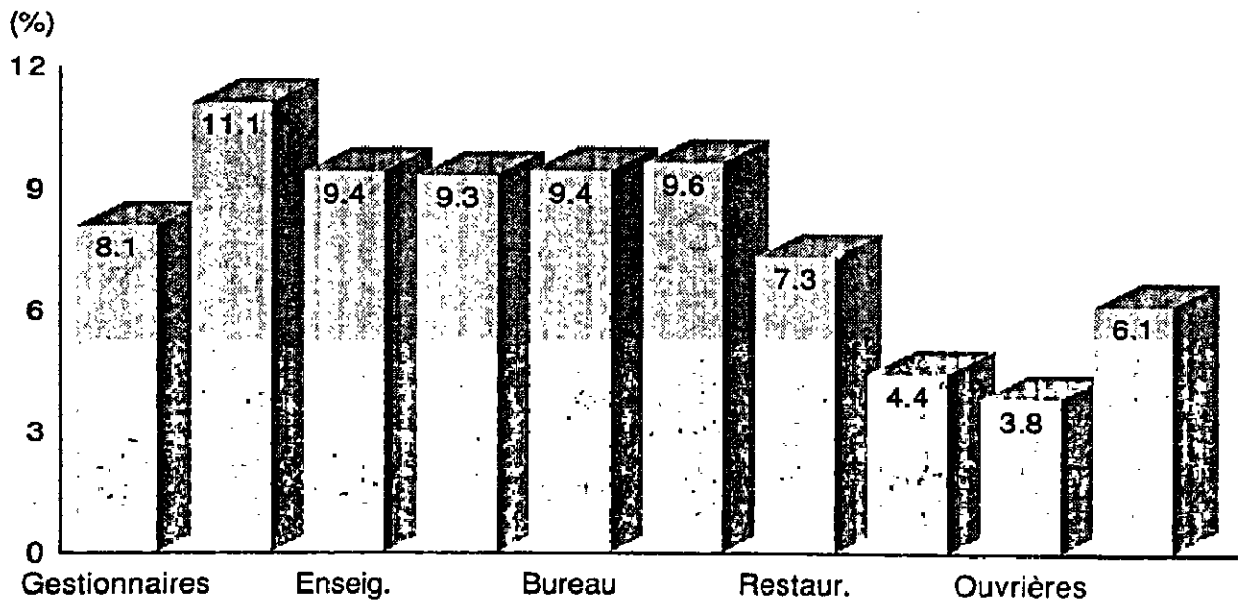
sexe masculin



Graphique 2.8

PREVALENCE DES ALLERGIES RESPIRATOIRES

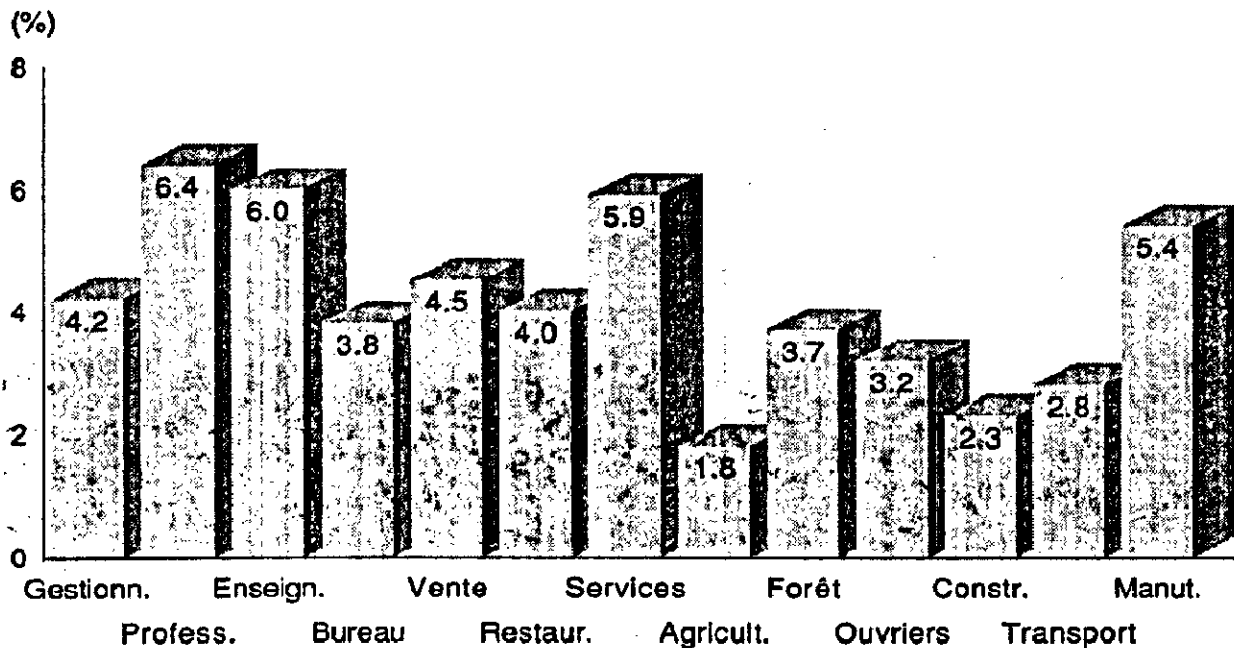
sexe féminin



Graphique 2.9

PREVALENCE DES TROUBLES CUTANES

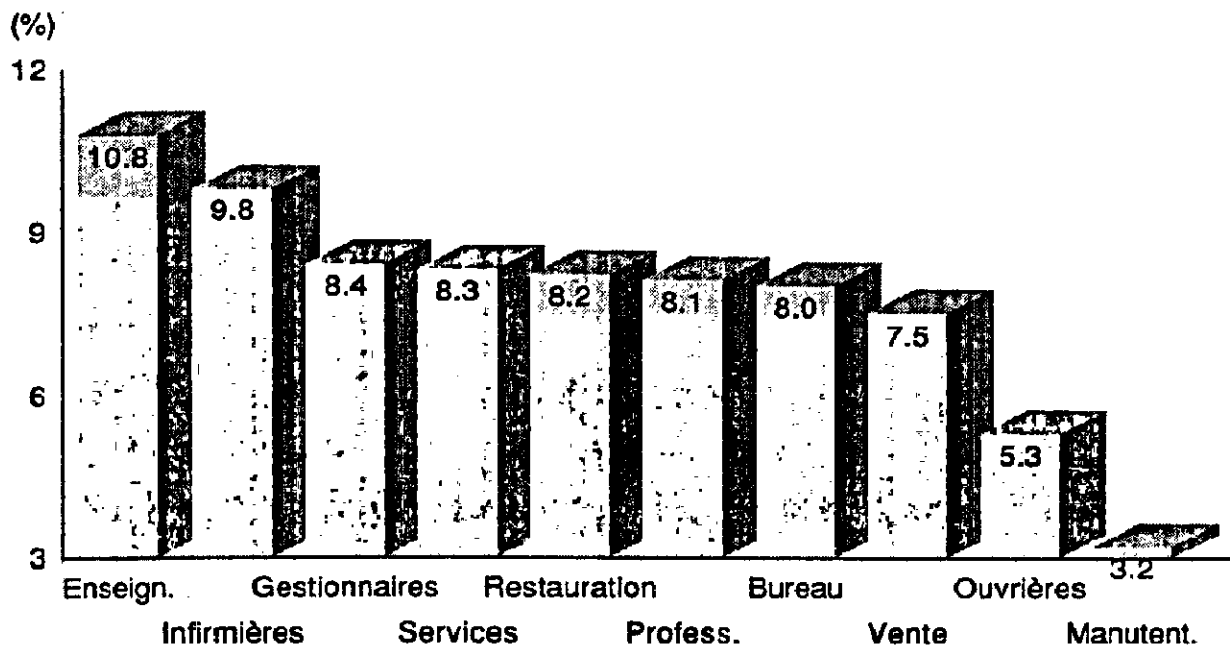
sexe masculin



Graphique 2.10

PREVALENCE DES TROUBLES CUTANES

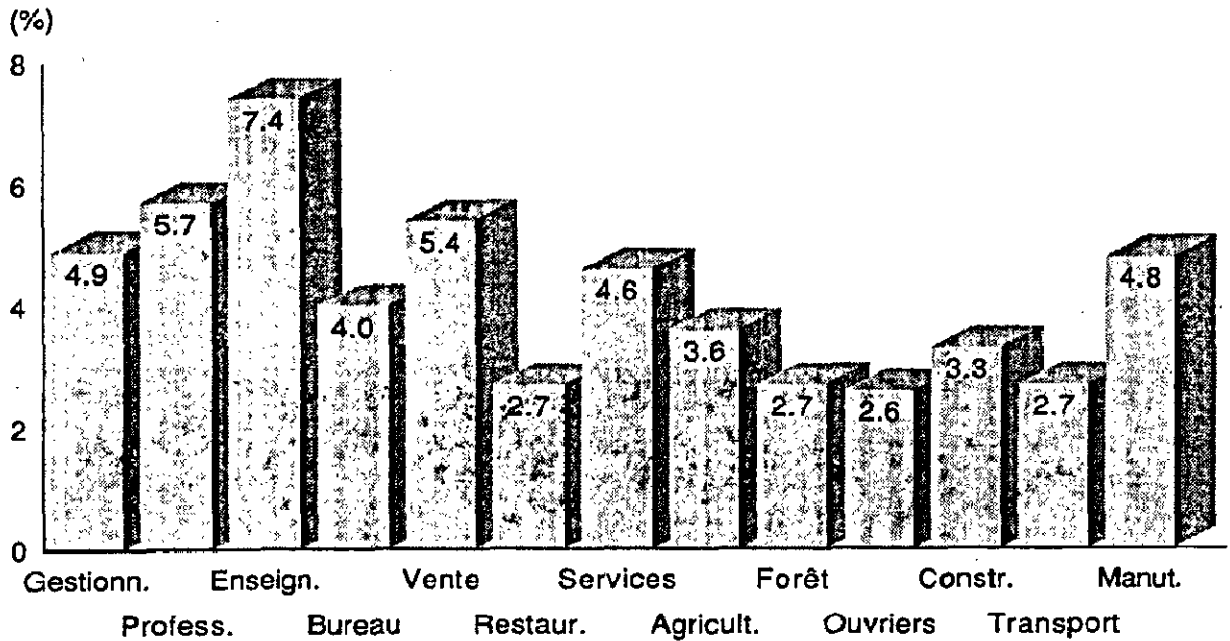
Sexe féminin



Graphique 2.11

PREVALENCE DES REACTIONS ALLERGIQUES N.C.A.

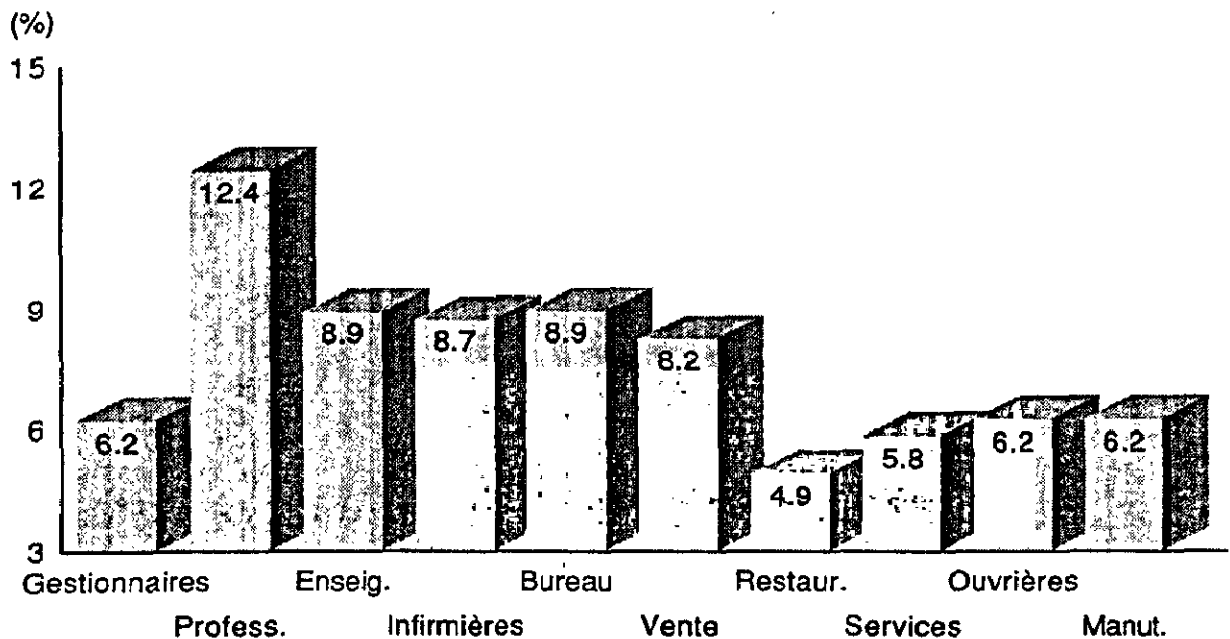
sexe masculin



Graphique 2.12

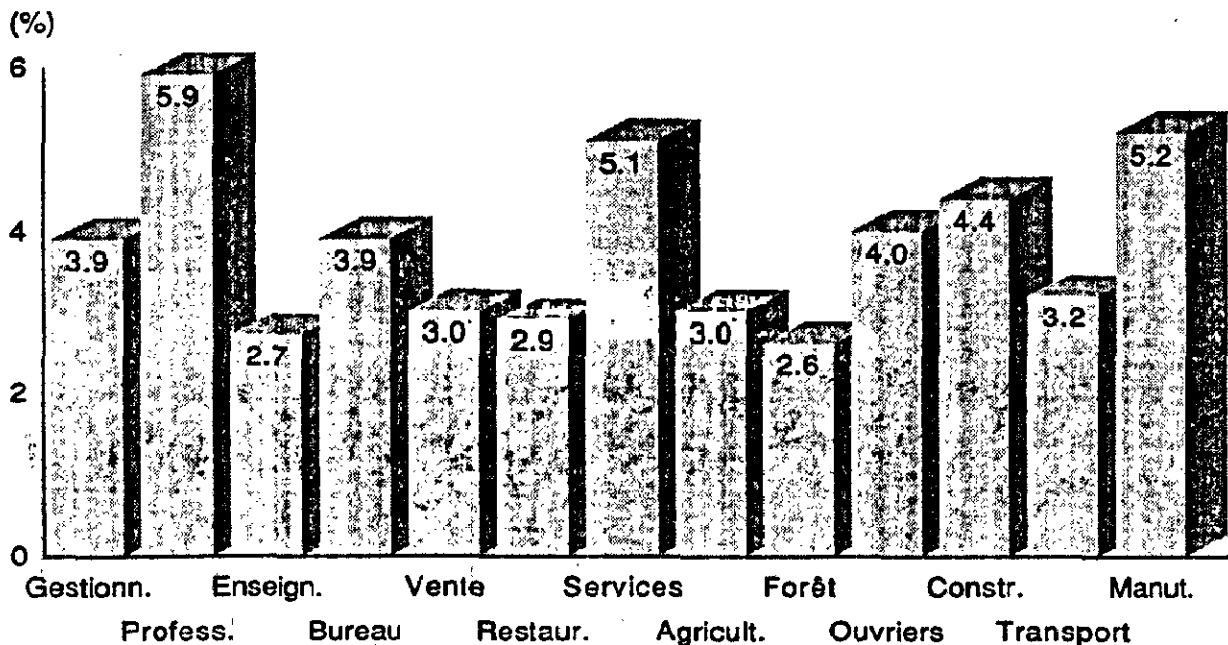
PREVALENCE DES REACTIONS ALLERGIQUES N.C.A.

sexe féminin



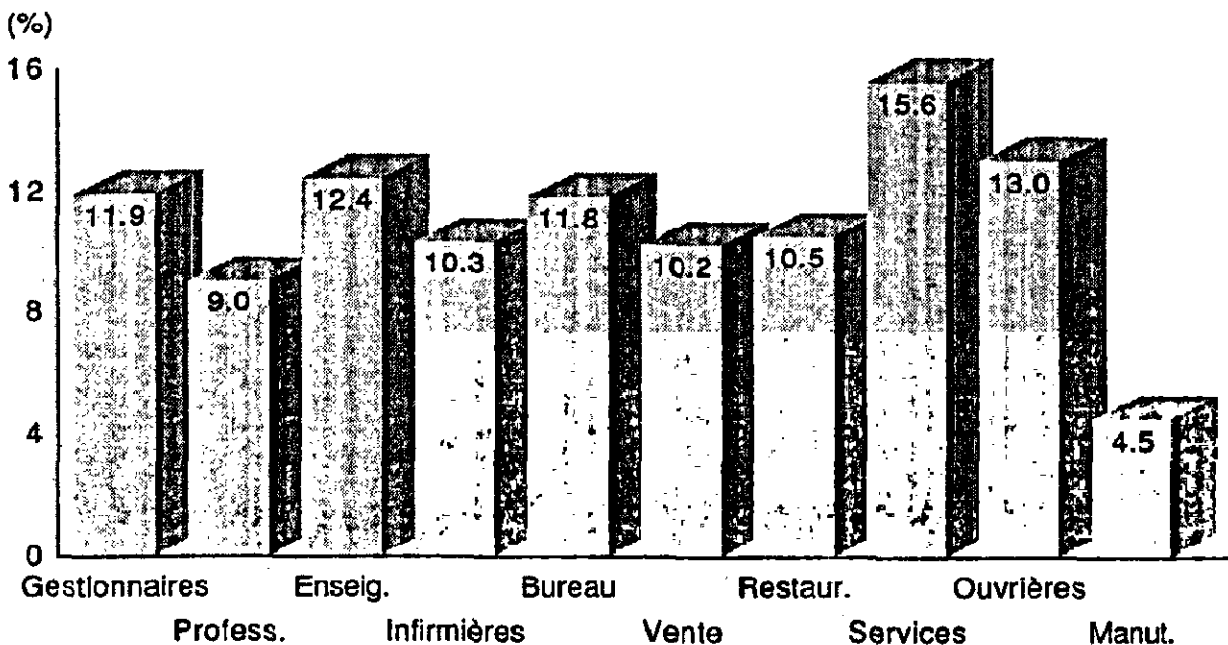
Graphique 2.13
PREVALENCE DES MIGRAINES

sexe masculin

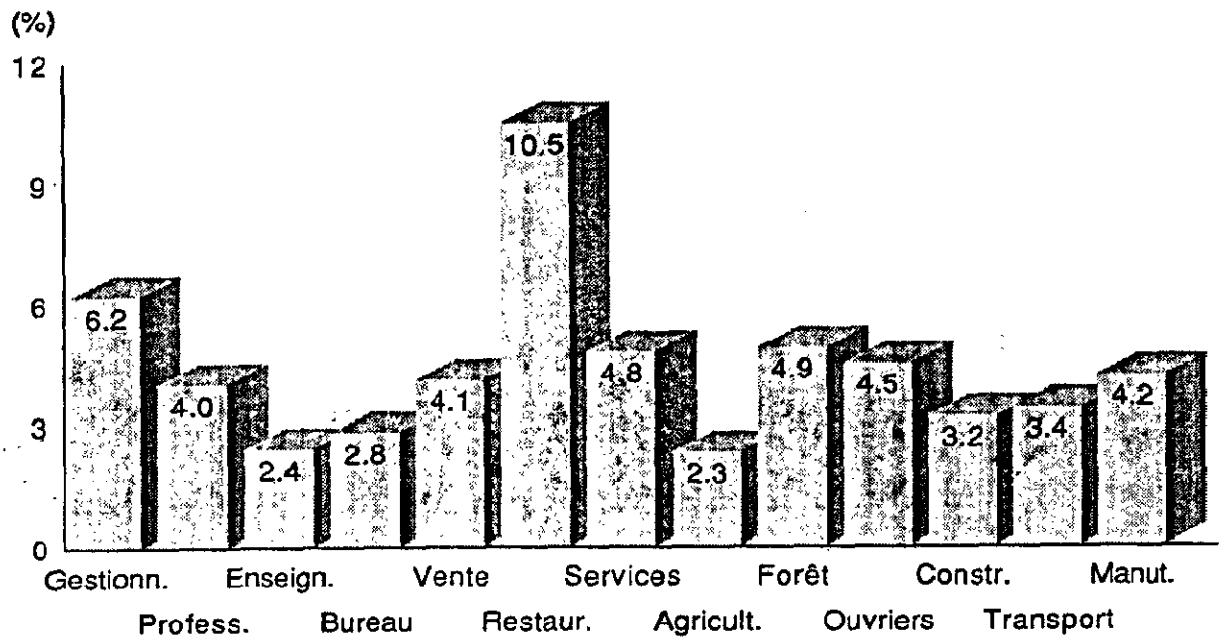


Graphique 2.14
PREVALENCE DES MIGRAINES

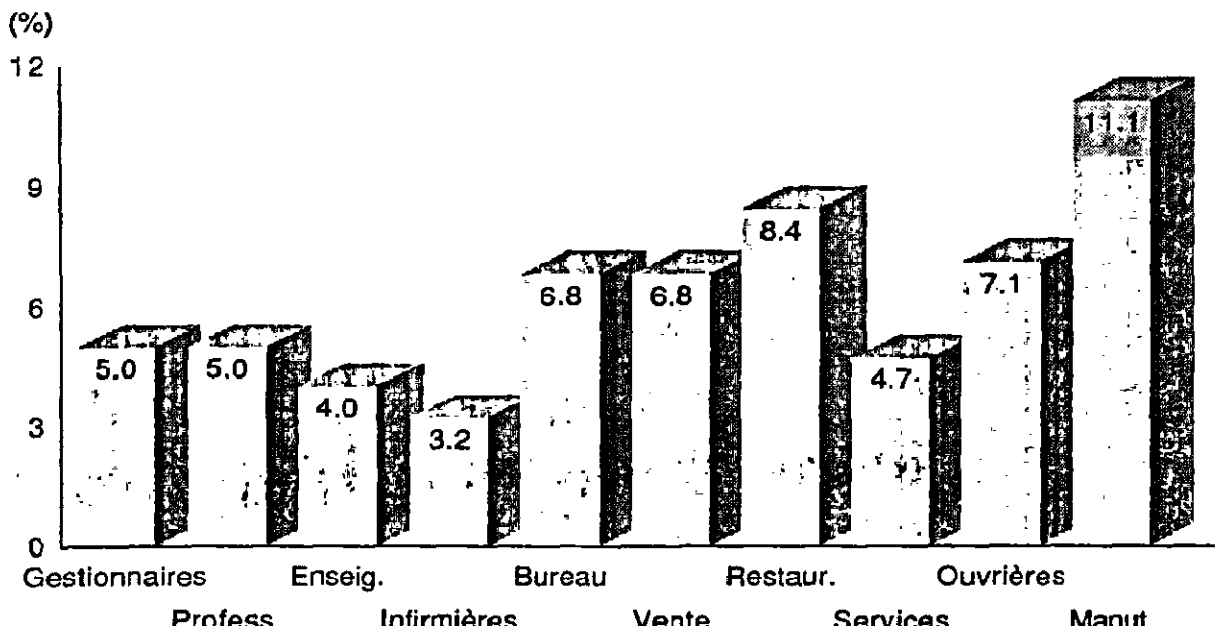
sexe féminin



Graphique 2.15
PREVALENCE DES TROUBLES DIGESTIFS
sexe masculin



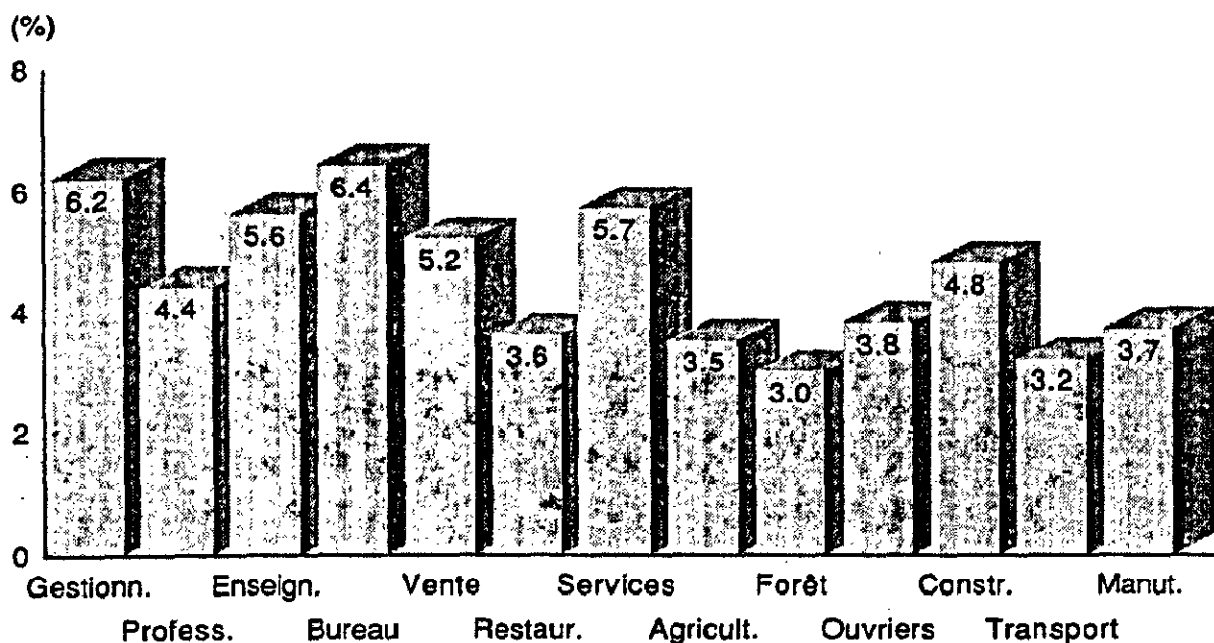
Graphique 2.16
PREVALENCE DES TROUBLES DIGESTIFS
sexe féminin



Graphique 2.17

PREVALENCE DES TROUBLES CARDIAQUES

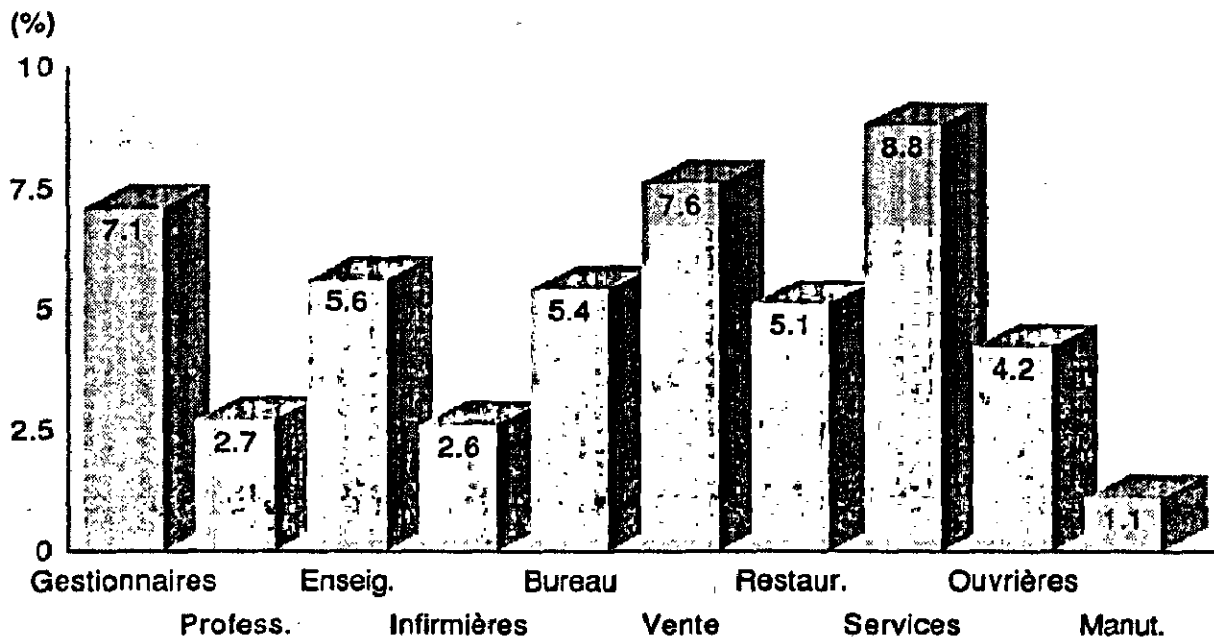
sexe masculin



Graphique 2.18

PREVALENCE DES TROUBLES CARDIAQUES

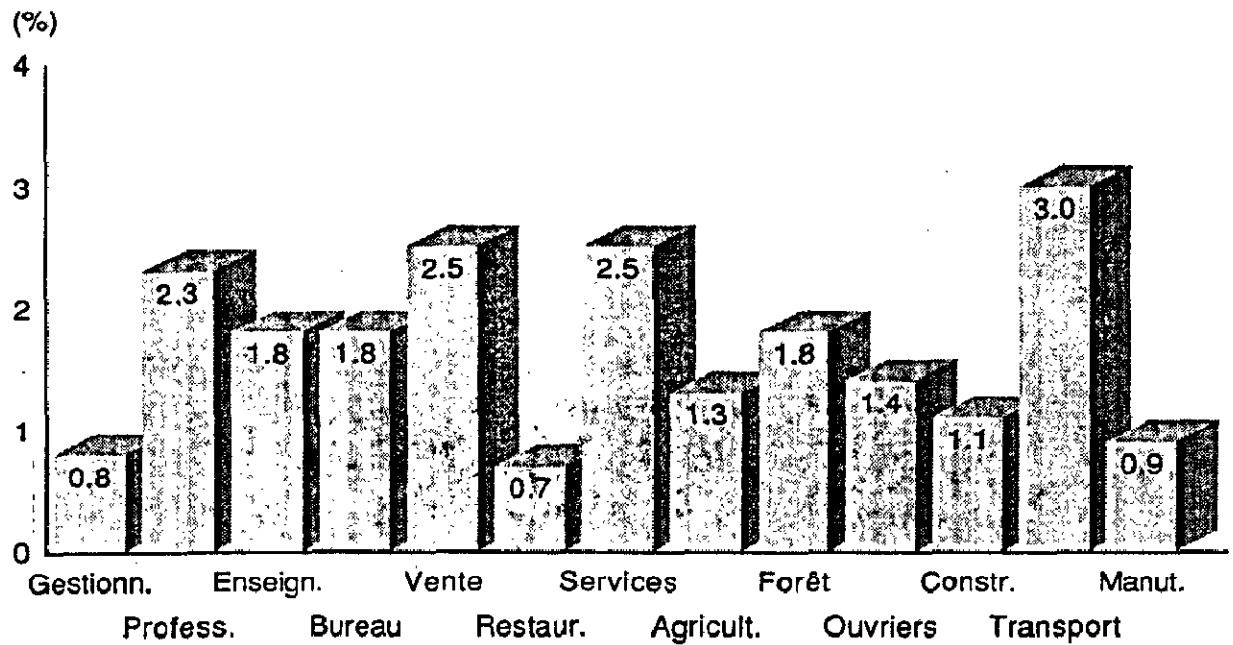
sexe féminin



Graphique 2.19

PREVALENCE DES MALADIES RESPIRATOIRES

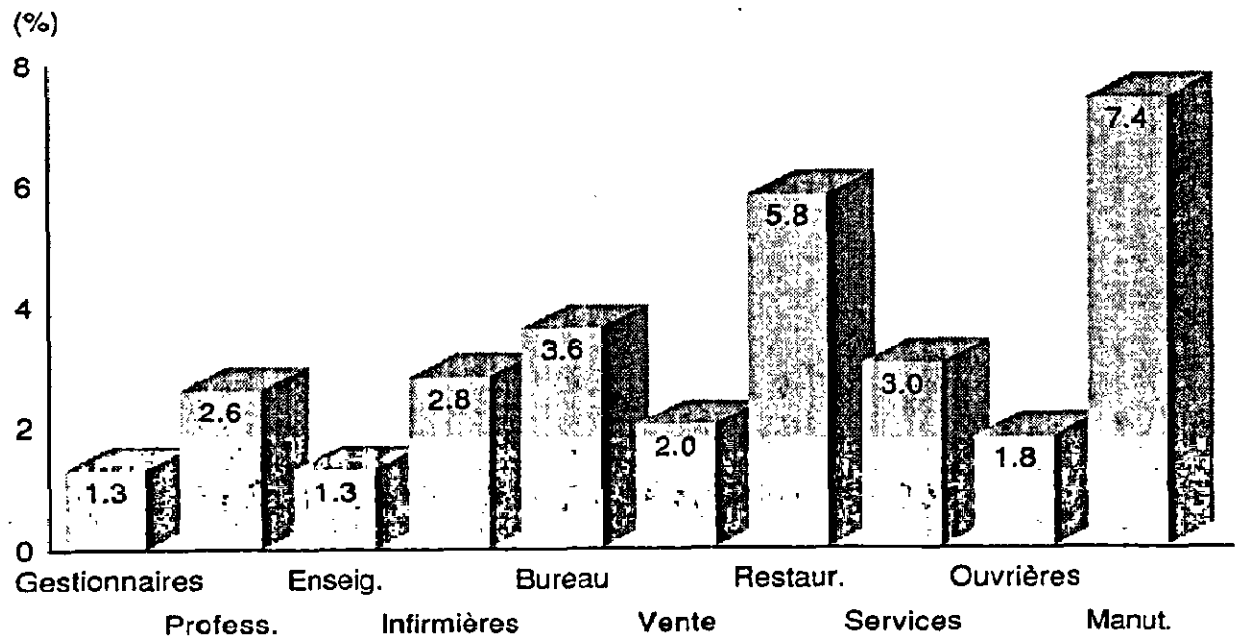
sexe masculin



Graphique 2.20

PREVALENCE DES MALADIES RESPIRATOIRES

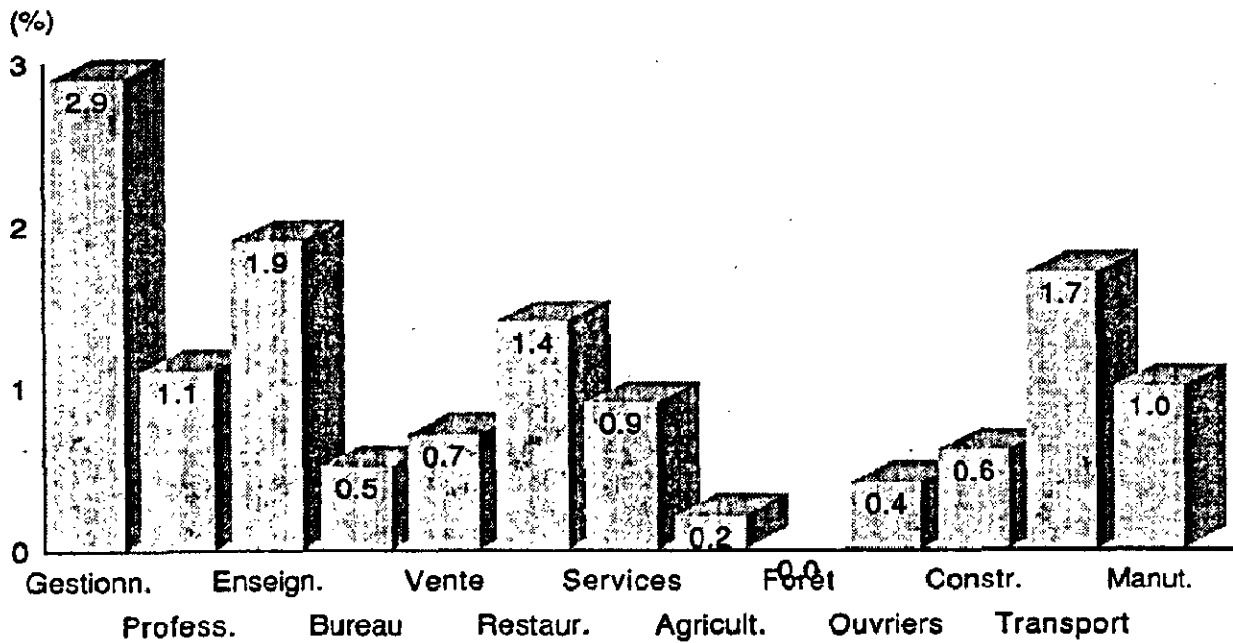
sexe féminin



Graphique 2.21

PREV. DE LA FATIGUE ET TROUBLES DU SOMMEIL

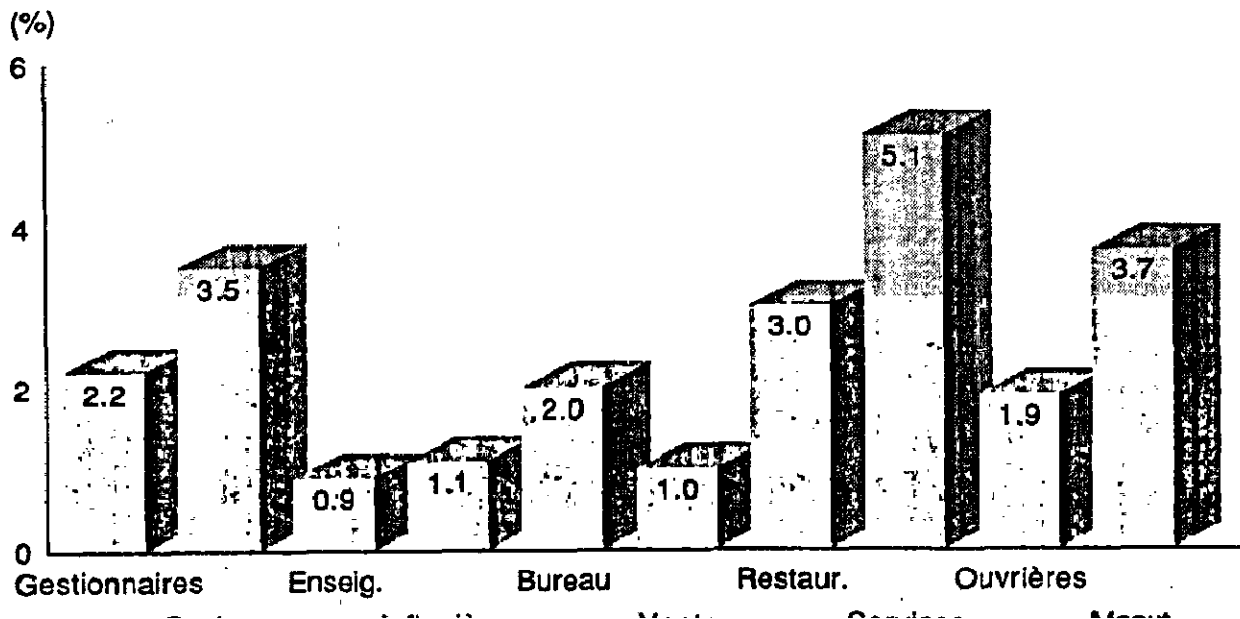
sexe masculin



Graphique 2.22

PREV. DE LA FATIGUE ET TROUBLES DU SOMMEIL

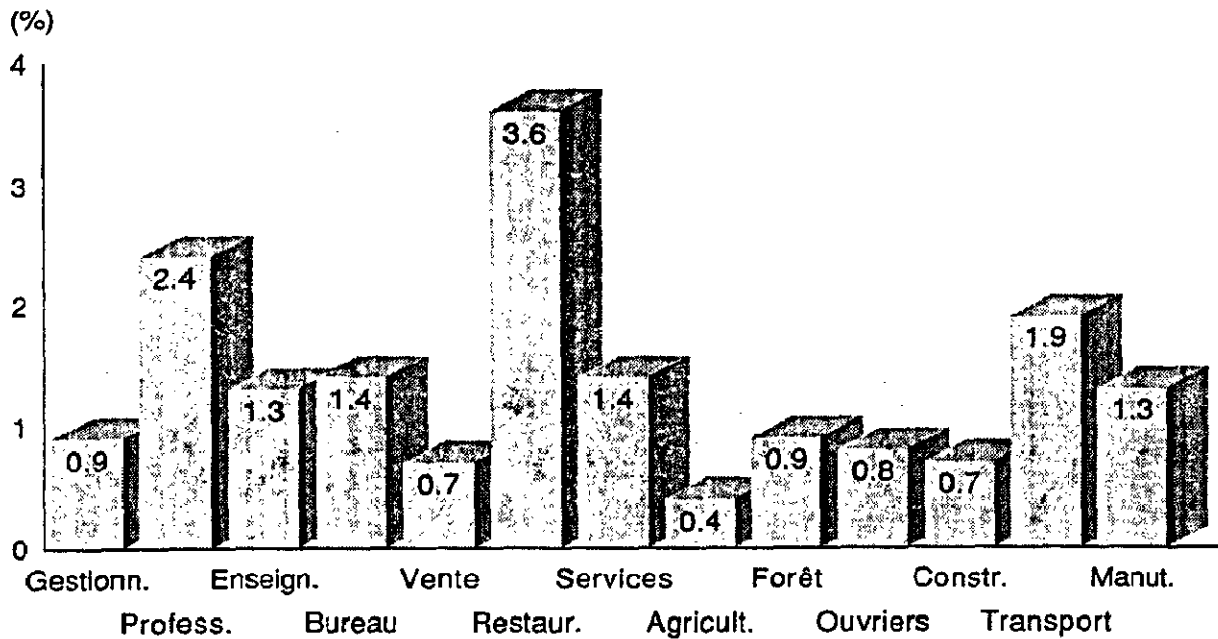
sexe féminin



Graphique 2.23

PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

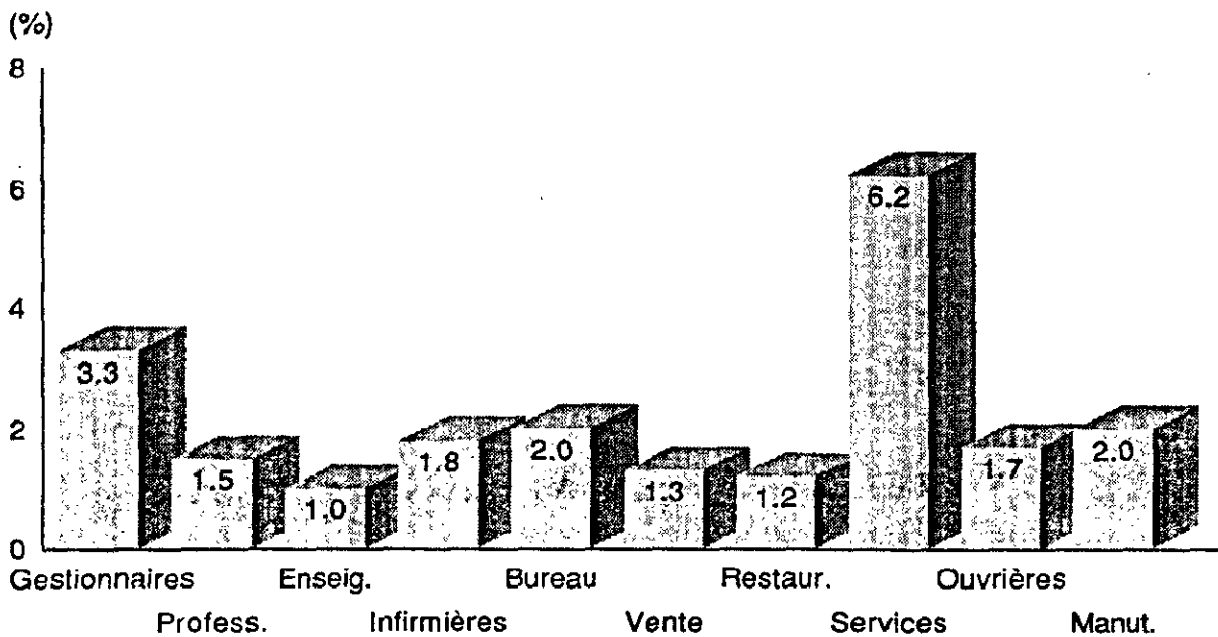
sexe masculin



Graphique 2.24

PREVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

sexe féminin



3. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES ABSENCES POUR MALADIE

Les absences du travail appartiennent à deux catégories: celles qui résultent des accidents du travail et celles qui sont liées à d'autres problèmes de santé. Les premières se rapportent aux 12 derniers mois écoulés avant l'enquête, les secondes, les restrictions ou limitations temporaires d'activité, sont une estimation annuelle des déclarations faites pour les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Nous les avons regroupées dans ce chapitre parce qu'elles renseignent sur deux aspects importants des sources d'absence du travail: les premières couvrent directement le champ de la santé et sécurité au travail et on peut présumer que les deuxièmes touchent partiellement celui de la santé au travail.

3.1 LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'enquête Santé Québec s'intéressait aux "accidents du travail ayant causé des blessures assez graves (entorses, fractures) pour obliger quelqu'un à limiter ses activités normales". Cette définition est celle qui sera utilisée ici à moins qu'il ne soit précisé autrement.

Les tableaux qui suivent donnent, pour chaque sexe, un portrait de l'importance relative des accidents du travail dans les 14 catégories professionnelles, selon l'âge des accidentés. Les taux représentent la fraction des travailleurs qui ont subi un accident du travail au cours des 12 derniers mois, soit l'incidence.

3.1.1 L'INCIDENCE DES ACCIDENTS PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE

Les risques d'accident diffèrent selon la catégorie professionnelle et le sexe.

a) sexe masculin

En moyenne, 4,3% des hommes enquêtés ont subi un accident du travail en 1987, les travailleurs manuels étant les principales victimes d'accidents (incidence de 7,0%). Parmi les non manuels, les infirmiers, surtout les jeunes, se démarquent par une forte fréquence

d'accidents (tableau 3.1). On note que les travailleurs de la vente ont déclaré relativement peu d'accidents, ce qui peut sembler contredire les statistiques d'indemnisation de la CSST²⁵.

Le tableau 3.1 montre que, malgré une tendance moyenne à la baisse des accidents avec l'âge, les profils par profession diffèrent beaucoup: soit que les taux varient peu avec l'âge

Tableau 3.1: Incidence des accidents du travail selon la catégorie professionnelle et le groupe d'âge, sexe masculin, Enquête Santé Québec 1987

Catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29 (%)	30-44 (%)	45-64 (%)	15-64 (stand) (%)
travailleurs de la construction	9,8	7,7	5,2	7,8
ouvriers manufacturiers	9,0	8,7	5,2	7,5
travailleurs agricoles	7,2	6,4	3,2	5,9
manutentionnaires	5,6	6,8	4,5	5,8
travailleurs du transport	5,2	5,4	5,7	5,4
trav. de la forêt et des mines	3,0	7,8	0,9	4,5
personnel infirmier	7,9	3,1	0,0	3,9
autres services	3,6	3,2	4,3	3,6
travailleurs de bureau	3,2	3,6	3,4	3,4
travailleurs de la restauration	1,8	6,0	0,7	3,3
enseignants	0,0	4,5	1,1	2,2
travailleurs de la vente	2,1	1,2	0,4	1,3
professionnels	1,5	1,2	0,8	1,2
gestionnaires	0,3	1,2	0,0	0,6
trav. manuels seulement	8,0	7,7	4,5	7,0
toutes professions	5,0	4,7	2,7	4,3

²⁵ A la CSST, les statistiques portent sur les travailleurs manuels du secteur du commerce (par ex.: chauffeurs-livreurs, manutentionnaires), alors que dans Santé Québec, elles concernent la profession de vendeur, indépendamment du secteur.

(employés des transports ou de bureau), soit qu'ils montrent un pic d'incidence au milieu de la vie active (forêt/mines, restauration, enseignement), soit qu'ils diminuent. Les diminutions sont plus accentuées notamment dans les catégories de travailleurs manuels où les taux d'accident du travail sont particulièrement élevés: ouvriers de la construction et du secteur manufacturier, travailleurs agricoles, personnel infirmier. Faut-il voir dans cette réduction des accidents avec l'âge un des bienfaits de l'expérience? Ou est-ce plutôt lié à la répartition des tâches selon l'âge des travailleurs dans certains secteurs d'emploi: on sait entre autres que les emplois peu spécialisés, maintes fois associés à une plus forte fréquence d'accidents, sont souvent le lot des jeunes.

b) sexe féminin

Globalement, les accidents "assez graves" sont moins fréquents chez les femmes, en partie parce qu'il n'y a que 10% d'entre elles qui occupent les emplois manuels porteurs des risques les plus évidents; en moyenne l'incidence des accidents du travail est de 1,8% pour l'ensemble des travailleuses, et de 4,0% pour les 10% de travailleuses manuelles.

Deux groupes se démarquent par la fréquence des accidents: les ouvrières des manufactures et le personnel infirmier. On pense ici aux lésions musculo-squelettiques (entre autres celles qui sont liées aux mouvements répétitifs) qui sont un des problèmes reconnus de santé au travail des ouvrières, et aux maux de dos qui affligent le personnel infirmier.

Dans les deux cas, on remarque que l'incidence des accidents augmente avec l'âge, suivant une tendance globale à la hausse (bien que pour la moitié des groupes professionnels du tableau 3.2, on enregistre une baisse). Cette hausse contraste avec celle des travailleurs de sexe masculin, et curieusement, les évolutions selon le sexe sont d'autant plus contrastées qu'elles concernent des catégories de travailleurs les plus touchés par les accidents du travail. On peut se demander pourquoi les accidents du travail augmentent avec l'âge chez les travailleuses les plus exposées, alors qu'ils diminuent chez les travailleurs de sexe masculin appartenant aux mêmes groupes?

On note, curieusement, des taux élevés chez les professionnelles de plus de 45 ans.

De façon générale, pour une même catégorie d'emploi, la fréquence des accidents du travail est plus faible chez les travailleuses que chez les travailleurs. La répartition des tâches -- et des risques -- à l'intérieur de chaque catégorie peut sans doute expliquer une partie de ces différences.

Tableau 3.2: Incidence des accidents du travail selon la catégorie professionnelle et le groupe d'âge, sexe féminin, Enquête Santé Québec 1987

Catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29 (%)	30-44 (%)	45-64 (%)	15-64 (stand) (%)
ouvrières	2,1	6,2	7,2	5,1
infirmières	3,3	3,8	5,6	4,1
travailleuses de la restauration	2,4	1,4	4,4	2,5
enseignantes	3,1	2,7	0,5	2,3
professionnelles	1,5	0,2	5,5	1,9
manutentionnaires	4,2	0,6	0,0	1,6
autres services	0,0	2,7	1,5	1,5
travailleuses de bureau	1,2	0,7	0,8	0,9
travailleuses de la vente	1,7	0,3	0,0	0,7
gestionnaires	0,6	0,0	0,0	0,2
trav. manuelles seulement	2,5	4,5	5,1	4,0
toutes professions	1,6	1,6	2,4	1,8

3.1.2 L'INCIDENCE DES ACCIDENTS ET LES HORAIRES DE TRAVAIL

L'influence des horaires de travail, qu'ils soient fixes, alternants ou autres²⁶, et celle du travail de jour par rapport au travail de nuit, sur la fréquence des accidents du travail a été largement étudiée, les horaires moins "naturels" ayant pour effet de diminuer la vigilance et de rendre plus vulnérable aux accidents (Quéinnec et al 1985).

²⁶ La catégorie des "autres" horaires comprend tout ce qui ne peut être classé avec les horaires fixes (toujours les mêmes, que ce soit de jour ou de nuit) ou alternants (les mêmes changements reviennent avec régularité).

L'organisation des horaires de travail variant selon les catégories d'emploi, elles-mêmes associées au sexe, l'incidence des accidents du travail sera vue pour chaque sexe séparément²⁷. Les horaires atypiques (alternants, nuit) sont plus courants chez les jeunes travailleurs.

a) sexe masculin

L'incidence des accidents du travail est un peu plus faible chez ceux qui travaillent à horaires fixes que chez ceux qui pratiquent des horaires alternants, mais elle est encore plus faible pour ce qui est des "autres" horaires; ce qui s'explique peut-être par les métiers où on les trouve: cols blancs et travailleurs des services, qui courent généralement moins de risques que les manuels d'être victimes d'un accident dans leurs milieux de travail (tableau 3.3).

Le risque d'être accidenté diminue après 45 ans pour ceux qui travaillent selon des horaires fixes et "autres"; par contre, il se maintient pour les travailleurs soumis à des horaires alternants, lesquels se trouvent surtout en industrie, là où les accidents sont nombreux mais diminuent avec l'âge. Ceci confirme les résultats des études qui ont démontré une diminution de la capacité physiologique d'adaptation des travailleurs âgés à des horaires alternants (travail posté entre autres), un accroissement de leur fatigue mentale et une baisse d'attention, tous ces éléments jouant négativement sur la sécurité au travail (Quéinnec et al 1985).

L'incidence des accidents du travail ne varie pas significativement selon qu'on travaille de jour ou de nuit, même en tenant compte de l'âge. Ce résultat, étonnant, compte tenu de ce qui précède, rejoint les conclusions de plusieurs enquêtes-terrain citées par Quéinnec (1985, p. 123). En fait, la nuit les accidents sont moins fréquents mais plus graves, la perte de vigilance des travailleurs étant directement associée au degré de gravité des accidents. La durée du travail déjà effectué au moment de l'accident serait davantage associée à la fréquence des accidents, de sorte qu'on en compte plus à la fin du cycle de nuit qu'au début.

b) sexe féminin

Contrairement à ce qui se passe chez les travailleurs de sexe masculin, les accidents du

²⁷ On a exclu la ventilation par groupe professionnel, le découpage réduisant beaucoup trop les effectifs de chaque classe d'horaires

Tableau 3.3: Incidence des accidents du travail selon les horaires de travail et l'âge, sexe masculin (ESQ)

Groupe d'âge	Types d'horaires			Travail		Moyenne des travailleurs *
	Alternants %	Fixes %	Variés %	Jour %	Nuit %	
15-29 ans	5,1	5,7	2,4	5,3	5,1	5,2
30-44 ans	5,5	4,1	2,9	4,0	4,6	4,2
45-64 ans	4,8	2,4	0,4	2,4	3,0	2,4
15-64 ans	5,2	4,2	2,1	4,4	4,0	4,1

* Les taux diffèrent légèrement de ceux du tableau 2.1 car les 2 questionnaires ont des pondérations différentes.

Tableau 3.4: Incidence des accidents du travail selon les horaires de travail et l'âge, sexe féminin (ESQ)

Groupe d'âge	Types d'horaires			Travail		Moyenne des travailleuses *
	Alternants %	Fixes %	Variés %	Jour %	Nuit %	
15-29 ans	1,0	1,9	1,5	1,4	4,0	1,7
30-44 ans	0,8	1,3	3,8	1,4	4,8	1,6
45-64 ans	4,3	2,9	3,5	2,6	13,9	3,1
15-64 ans	1,7	1,9	3,0	1,7	6,8	2,0

* Les taux diffèrent légèrement de ceux du tableau 2.1 car les 2 questionnaires ont des pondérations différentes.

travail sont aussi fréquents chez les travailleuses à horaires fixes que chez celles qui connaissent des horaires alternants; et les taux les plus forts apparaissent parmi celles qui travaillent suivant d' "autres" horaires (14% des travailleuses entrent dans cette catégorie, la plupart étant employées dans les services).

Comme on l'a déjà vu, l'incidence des accidents du travail chez les femmes augmente avec l'âge, mais elle est plus marquée parmi celles qui ont des horaires alternants, là où se trouve, notamment, les infirmières.

L'incidence des accidents du travail est quatre fois plus forte chez les travailleuses de nuit que chez celles de jour (6,8 et 1,7% respectivement, tableau 3.4). De plus, après 45 ans, la probabilité d'être accidentée est beaucoup plus forte chez les travailleuses de nuit²⁸. L'association travail de nuit et horaires alternants chez les femmes, se rencontre précisément dans des métiers à risque élevé, comme les serveuses et les infirmières. Ce lien est moins net chez les hommes, où une fraction importante des travailleurs les plus exposés aux accidents -- comme ceux du primaire et de la construction -- ont des horaires de jour.

3.1.3 COMPARAISON AVEC LES STATISTIQUES DE LA CSST

Une comparaison rigoureuse des données de la CSST avec celles de Santé Québec, n'est pas vraiment possible à cause des définitions différentes des accidents (tous les accidents v.s. les plus graves), et des couvertures de population propres à chaque fichier. Les résultats apparemment contradictoires ou divergents des deux fichiers ne sont pas pour autant incompatibles: les taux d'incidence des accidents du travail trouvés dans l'ESQ, correspondent environ à la moitié de ceux de la CSST. En effet, la moitié des accidentés indemnisés par la CSST retournent au travail en moins d'une semaine, n'ayant donc pas subi d'accident "assez grave" au sens de Santé Québec. Le reste de l'écart entre les deux fichiers pourrait s'expliquer, entre autres facteurs, par l'appréciation de la gravité faite par le répondant du ménage.

D'après la CSST, les taux d'accident des travailleuses sont stables d'un groupe d'âge à l'autre (CSST 1992c); d'après Santé Québec, ils augmentent (tableau 3.2). Si l'on accepte que les accidents sont plus nombreux et moins graves chez les jeunes que chez les plus âgés,

²⁸ Il n'y a, dans l'échantillon, que 39 femmes de 45 ans et plus qui travaillent selon des horaires alternants, et 40 la nuit: les taux doivent être utilisés avec prudence.

encore une fois, les deux sources ne se contredisent pas nécessairement puisque la courbe ascendante de Santé Québec ne retient que les accidents plus graves. Pour le sexe masculin, on n'observe pas de différence notable entre les pentes d'évolution des taux par âge dans les deux fichiers.

Une brève mise en parallèle par catégorie professionnelle n'est pas sans intérêt (tableau 3.5).

Pour la moitié des groupes présentés, l'incidence calculée à partir des fichiers de la CSST est deux fois plus importante que celle obtenue de l'enquête Santé Québec (rapport CSST/ESQ, tableau 3.5), ce qui est à peu près conforme à la moyenne des travailleurs.

Mais pour ce qui est de l'autre moitié, le rapport des taux est parfois étonnant: ainsi les manutentionnaires se démarquent par un taux CSST 8 fois supérieur à celui de l'ESQ; dans d'autres cas, les données de Santé Québec sont plus élevées (cols blancs, agriculteurs), ou encore, elles sont comparables (bureau) .

Si l'on excepte les faibles écarts qui peuvent être dûs aux périodes de référence, on pourrait expliquer le cas des manutentionnaires, par une plus grande fréquence d'accidents de très courte durée. D'ailleurs, c'est une caractéristique des accidents des jeunes en général, et la grande majorité des manutentionnaires le sont (60% ont 34 ans ou moins ²⁹).

Pour ce qui est des travailleurs agricoles, s'agirait-il d'accidents du travail non rapportés à la CSST, la couverture des agriculteurs étant encore un peu inférieure à celle des autres travailleurs (travailleurs autonomes, entreprises familiales)?

Quant aux accidents des cols blancs, il se pourrait que ceux qui ont été déclarés dans l'enquête Santé Québec, n'aient pas été reconnus par la CSST, même si les travailleurs étaient convaincus de leur origine professionnelle. Les maux de dos et lésions musculo-squelettiques peuvent entrer dans cette catégorie, pour ces métiers où le lien direct entre la lésion et la tâche ne sont pas clairement établis.

Bien que le classement des taux d'accident par profession diffère selon la source (pour toutes sortes de raisons, dont quelques-unes seulement sont évoquées ici à titre hypothétique), il

²⁹ Recensement du Canada, 1986.

reste que les travailleurs manuels ressortent comme étant les plus vulnérables aux accidents du travail, graves et moins graves.

Tableau 3.5: Taux d'incidence des accidents du travail selon la CSST et Enquête Santé Québec, sexes réunis

Catégorie professionnelle	Taux d'incidence		
	CSST (1986) (%)	Santé Québec (1987) (%)	rapport CSST/SQ (%)
manutentionnaires	37,8	4,9	7,9
ouvriers manufacturiers	15,0	7,3	2,1
travailleurs du transport	10,8	5,2	2,1
travailleurs de la construction	10,6	7,4	1,4
trav. de la forêt et des mines	10,3	4,3	2,4
personnel infirmier	9,6	4,3	2,2
autres services	5,9	2,7	2,2
travailleurs de la restauration	5,8	2,8	2,1
travailleurs de la vente	3,4	1,1	2,8
travailleurs agricoles	2,7	4,7	0,6
enseignants	1,8	2,4	0,8
travailleurs de bureau	1,6	1,5	1,1
professionnels	0,9	1,3	0,7
gestionnaires	0,1	0,5	0,3
tous les travailleurs	8,0	3,2	2,5

Source: CSST, fichier des lésions professionnelles, 1986.

3.2 LES RESTRICTIONS D'ACTIVITE POUR RAISON DE SANTE

L'information sur les arrêts temporaires de travail ou le ralentissement des activités pour des raisons de santé provient de questions sur le nombre de jours durant lesquels il y a eu limitation ou restriction des activités habituelles au cours des 2 semaines précédant l'enquête³⁰. Elles incluent, le cas échéant, les pertes de temps consécutives aux accidents du travail. Ces absences sont responsables d'environ la moitié des causes d'absentéisme au travail (Beaupré 1987).

Plusieurs études ont relié positivement l'absentéisme (toutes causes) à l'insatisfaction au travail, au stress "négatif" provoqué par les environnements et contextes de travail exigeants, ambigus ou peu satisfaisants, à la mauvaise forme physique, à l'ancienneté, à la faible qualification professionnelle, à la scolarité élevée³¹.

Nous n'examinons ici que les variations selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle. Une correction a été faite pour ajuster les jours de restriction ou de limitation d'activité déclarés, à des jours ouvrables non travaillés, soit en moyenne, 10 jours sur 14.

3.2.1 LA FREQUENCE ET LA DUREE DES ABSENCES

8% des travailleurs ont déclaré des jours de restriction ou interruption de leurs activités dans les 2 semaines précédant l'enquête, taux qui varie selon l'âge, le sexe et la profession. Cette proportion dépasse l'estimation de 6% (5% pour le sexe masculin et 7% pour le sexe féminin) faite par le Ministère du Travail du Québec à partir de l'enquête sur la population active de Statistique Canada³². Mais elle se rapproche de celle qui a été faite aux Etats-Unis pour les années 83-85: 9,5% pour le sexe masculin et 8,4% pour le sexe féminin (NCHS 1989b).

³⁰ QRI, question 13a. Cette information était transmise par un tiers-répondant dans la moitié des cas.

³¹ Consulter entre autres à ce sujet : Pines et al 1985; Martin et Miller 1986; Léonard et al 1988; Prévention au travail mars 1990; Vézina et al 1992. A propos des liens entre la scolarité et les absences, l'ESQ présente un profil inverse: lorsque la scolarité augmente, le nombre de jours de maladie diminue pour l'ensemble de la population. Mais, dans les cas de scolarité élevée, moins le revenu est élevé, moins nombreuses sont les absences, et inversement.

³² Pour une période un peu antérieure à celle de l'enquête Santé Québec :mars 1986 à février 1987; Beaupré, 1987, p. 73.

Les travailleuses se sont absentes sensiblement plus souvent que les hommes (9,8 et 6,3%, respectivement), ce qui est compatible avec ce que l'on sait des taux de morbidité générale et de consultation médicale des femmes (voir tableau 3.6).

Contrairement à ce que montrent les statistiques du Ministère du Travail³³, les jeunes s'absentent davantage que les plus âgés (tableau 3.6). Par contre, la durée moyenne des absences a légèrement tendance à augmenter avec l'âge. Ces deux résultats présentent une analogie avec les statistiques de la CSST, mais la comparaison ne va guère plus loin. On verra que les motifs invoqués pour les absences sont fort variés, que leurs liens éventuels avec le travail sont loins d'être évidents à première vue, et qu'ils ne dépendent des accidents du travail que bien peu souvent.

Tableau 3.6: Fréquence* et durée des absences pour l'ensemble des travailleurs selon le sexe et le groupe d'âge

Indicateur	Groupe d'âge			
	15-29	30-44	45-64	15-64 (stand)
travailleurs				
fréquences (%)	7,1	6,2	5,6	6,3
durée moyenne (jours de travail)	6,4	6,4	7,9	6,7
travailleuses				
fréquences (%)	11,2	9,0	7,8	9,8
durée moyenne (jours de travail)	7,9	8,6	8,6	8,6

* Rapport pour un groupe âge/sexe/profession donné, entre le nombre de personnes qui ont déclaré une restriction d'activités et la population concernée.

³³ La forte variabilité liée au petit échantillon québécois de l'enquête sur la population active de Statistique Canada, pourrait être à l'origine des écarts observés dans les résultats. De plus, dans les deux cas, les estimations sont des projections sur un an de résultats obtenus pour des semaines de référence, ce qui est aussi source d'erreur.

Fréquence selon le sexe et la catégorie professionnelle

Le tableau 3.7 présente le taux de fréquence des absences par sexe et catégorie professionnelle. Les cois blancs, les travailleurs des services et du transport apparaissent en tête de liste -- sexes réunis --, alors que les groupes de travailleurs manuels qui ont généralement le plus d'accidents du travail, se sont moins souvent absentes.

Les travailleuses qui s'absentent le moins de leur travail pour des raisons de santé sont les manutentionnaires et les ouvrières. Chez les hommes, exception faite des extrêmes (transport et secteurs primaires), la fréquence des absences reste à peu près comparable d'un

Tableau 3.7: Taux de fréquence* des absences pour cause de maladie chez les travailleurs, par sexe et catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Travailleurs	Travailleuses	Total
travailleurs du transport	10,4	--	10,5
enseignement/santé	5,8	10,2	9,1
travailleurs de bureau	5,2	9,4	8,4
travailleurs de la restauration	6,1	8,9	7,9
gestionnaires/professionnels	6,2	11,3	7,9
travailleurs de la vente	6,0	10,7	7,8
"autres" services	7,4	7,4	7,4
ouvriers	6,2	6,8	6,3
manutentionnaires	6,9	3,4	6,2
travailleurs de la construction	5,5	--	5,5
trav. de la forêt et des mines	4,0	--	4,0
travailleurs agricoles	2,9	--	2,9
toutes professions	6,3	9,8	7,6

* Rapport pour un groupe âge/sexe/profession donné, entre le nombre de personnes qui ont déclaré une restriction d'activités et la population concernée.

groupe à l'autre. En ce qui concerne les travailleurs du transport, il est intéressant de noter l'écart important entre la fréquence élevée de leurs absences du travail pour cause de maladie et leur taux proportionnellement plus faible d'accident du travail (10,4%, tableau 3.7 et 5,4%, tableau 3.1)³⁴ .

La durée des absences selon la catégorie professionnelle

La durée des absences comme indicateur de gravité, introduit quelques nuances. Pour l'ensemble des travailleurs, la durée des absences a été en moyenne durant l'année, de 7,5 jours ouvrables par personne³⁵, avec des variations sensibles autour des moyennes respectives de l'un et l'autre sexe (tableau 3.8).

a) sexe masculin

Les travailleurs du transport figurent en tête de liste pour les durées d'absence (tableau 3.8). Les plus âgés en particulier sont, de loin, les travailleurs le plus souvent et gravement malades: à 45-64 ans, ils présentent un taux d'absence de 17,9% et des durées moyennes d'absence de 40 jours par travailleur, soit 8 semaines par an (cf. tableau A-2).

Cela contraste vivement avec le profil de l'ensemble des travailleurs du primaire qui ont déclaré 3 jours d'absence par travailleur, en moyenne. Pourtant ils sont loin d'être à l'abri des risques d'accident ou de maladie du travail! Tout au moins pour eux, les absences du travail semblent gouvernées par des facteurs différents et peut-être pas nécessairement reliés à la présence "objective" de maladie.

b) sexe féminin

Les vendeuses sont celles qui ont déclaré les plus longues durées d'absence (12 jours par an), les plus âgées d'entre elles étant les plus frappées par la maladie: 19 jours de travail perdus par an, pour chaque travailleuse de 45 ans et plus (tableaux 3.8 et A-2).

³⁴ Il faut se rappeler que l'estimation des périodes d'absence est basée sur des informations se rapportant à une période récente, contrairement aux accidents du travail (12 derniers mois), et que le risque d'oubli est moins grand dans le premier cas.

³⁵ L'estimation est de 9,2 jours, à partir des données québécoises de l'enquête sur la population active de Statistique Canada, pour la période de mars 1986 à février 1987 (Beaupré 1987, p. 72).

Les manutentionnaires et les travailleuses des "autres" services sont celles qui prennent les congés de maladie les plus courts (2 et 5 jours par an; tableau 3.8); la fréquence de leurs absences est aussi sous la moyenne (t. 3.7), alors qu'elles comptent parmi les travailleuses dont la santé est la moins bonne, si l'on en juge par les indicateurs de problèmes chroniques déjà présentés (tableaux 2.3 et 2.4). Les conditions de travail plus précaires de ces travailleuses ou encore la répartition de l'emploi selon le sexe, peut fournir un élément d'explication: ainsi, une coiffeuse non syndiquée, dont la journée de maladie n'est pas remboursée par l'employeur, hésitera davantage à s'absenter de son travail qu'un policier (classé aussi dans les "autres" services) qui puise dans une banque de congés de maladie.

On peut s'étonner de voir que les travailleuses de 30-44 ans présentent un profil général assez comparable à celui des autres groupes d'âge en termes de durée d'absence du travail

Tableau 3.8: Nombre annuel moyen de jours d'absence de travail pour cause de maladie, selon la catégorie professionnelle et le sexe (données standardisées pour l'âge) :

Catégorie professionnelle	Travailleurs	Travailleuses	Sexes réunis
travailleurs du transport	16,5	--	16,1
enseignants et personnel infirmier	7,2	8,4	8,0
travailleurs de la restauration	6,1	8,5	7,8
ouvriers transfor. et fabrication	7,6	7,3	7,5
travailleurs de bureau	2,5	8,7	7,3
travailleurs de la vente	4,7	11,7	7,3
travailleurs agricoles	4,2	--	7,0*
"autres" travailleurs des services	8,4	4,7	6,9
travailleurs de la construction	6,3	--	6,4
gestionnaires/professionnels	5,1	8,4	6,1
manutentionnaires et autres nca	6,7	2,0	5,7
trav. de la forêt et des mines	2,4	--	2,4
toutes les professions	6,7	8,6	7,5

* Le nombre de jours, sexe réunis, est influencé par les longues périodes d'incapacité de quelques travailleuses agricoles.

(cf. tableau A-2). Pourtant cette période correspond pour beaucoup de femmes à une étape de leur vie où le cumul des tâches familiales et professionnelles est plus lourd et souvent source de fatigue ou de problèmes de santé liés au surmenage. Par ailleurs, des auteurs ont constaté que même si la double tâche des femmes multiplie les contraintes et la fatigue, celles-ci sont partiellement compensées par le support associé à de bonnes relations familiales (Cox et al 1984). Ce ne serait pas le cas cependant pour les femmes occupant des emplois du bas de la hiérarchie professionnelle (Laraine 1985).

3.2.2 MOTIFS INVOQUÉS

Les traumatismes et intoxications, les troubles de l'appareil respiratoire (grippes, rhumes, etc), et les problèmes de l'appareil locomoteur, sont les principaux motifs invoqués pour s'absenter du travail. Ils représentent les deux tiers des jours d'absence des travailleurs de sexe masculin au cours de la période de référence, un peu moins de la moitié chez les travailleuses; celles-ci comptent aussi un nombre assez important de jours d'absence pour des "états mal définis" (13%, tableau 3.9).

On peut déduire de la comparaison des poids relatifs présentés au tableau 3.9, que les problèmes de santé qui suscitent les plus longues périodes d'absence du travail, sont les troubles mentaux, les troubles endocriniens (cancers, diabète, etc), et les traumatismes et intoxications. A l'opposé, les troubles du système respiratoire, les troubles digestifs, les états mal définis suscitent des absences assez nombreuses mais plus courtes.

Les troubles mentaux représentent ici de 5 à 6 % des jours d'absence, résultat largement en deçà de celui obtenu par Vézina et al (1992, p. 92) et d'après lequel 30 % des absences pourraient être reliées aux problèmes de santé mentale³⁶. La fraction des travailleurs touchés par ces problèmes est assez faible: moins de 3 % de ceux qui se sont absentés du travail.

³⁶ Les résultats de Vézina et al. sont basés aussi sur les données de l'enquête Santé Québec; les auteurs obtiennent des estimations six fois plus importantes que les nôtres en adoptant une définition très large des problèmes de santé mentale: outre les troubles mentaux à proprement parler (dépression, anxiété, dépendance à l'alcool, etc.), ils incluent divers problèmes pouvant être reliés à la santé mentale et au stress: migraines et maux de tête, nervosité, malaises, fatigue, troubles du sommeil, maladies cardio-vasculaires, certains troubles digestifs, de la colonne vertébrale et du système ostéo-articulaire (p. 95 et 142).

Faut-il rappeler que l'information dont on dispose ne permet aucunement de relier ces problèmes de santé au travail, même s'ils occasionnent forcément des absences du travail?

Tableau 3.9: Principaux motifs d'absence du travail, selon le sexe

Problème de santé	Sexe masculin		Sexe féminin	
	Répartition des jours perdus %	Répartition des travailleurs malades %	Répartition des jours perdus %	Répartition des travailleuses malades %
traumatismes et intoxication*	30,9	21,6	13,7	8,3
troubles du système respiratoire	14,6	26,8	20,7	30,0
problèmes de dos et du système ostéo-articulaire	16,8	13,7	9,1	7,2
troubles endocriniens	5,9	3,4	9,0	4,8
troubles du système digestif	5,6	8,7	8,1	12,7
soins médicaux	4,6	2,8	6,7	3,7
troubles mentaux	5,0	2,6	5,8	2,4
états mal définis**	5,3	9,7	12,6	16,2
troubles de l'appareil circulatoire	8,0	6,3	0,6	1,6
troubles du système nerveux	2,7	3,0	3,4	4,8
troubles du système génito-urinaire	0,4	1,0	4,7	4,4
troubles de la peau	0,3	0,8	3,4	2,6
grossesses et accouchements	--	--	1,8	0,9
total	100	100	100	100

* Ce qui inclut les blessures causées par les accidents du travail.
 ** Fatigue, insomnie, étourdissements, etc.

Note: Le total peut différer de 100% à cause de l'arrondissement.

4. LES INCAPACITES DE PLUS DE 6 MOIS

Ce chapitre s'intéresse à la prévalence et à la variation des incapacités selon l'âge, chez les inactifs d'abord, mais surtout chez les travailleurs en fonction de leur catégorie professionnelle. On y examine rapidement la nature médicale des incapacités.

L'incapacité est ici définie comme une "restriction dans le genre ou la quantité des activités habituellement exercées, à cause d'une maladie chronique, d'un problème de santé ou d'une séquelle d'accident" (QRI, question no 34a). L'enquête ne nous dit pas ce qui a causé l'incapacité, ni dans quelle mesure elle peut avoir été aggravée, le cas échéant, par certaines conditions du milieu de vie ou de travail de l'individu, que celui-ci soit travailleur ou inactif.

On n'a retenu ici que les incapacités prolongées, c'est-à-dire celles qui existaient depuis 6 mois ou plus au moment de l'enquête, en supposant que, compte tenu de leur durée, elles ont été mieux rapportées par les répondants directement interviewés. Ces incapacités ne sont pas nécessairement des états permanents ou irréversibles. Leur durée moyenne est de 69 mois parmi les travailleurs, mais pour la moitié d'entre eux, la durée est de 36 mois ou moins: l'étalement dans le temps est donc assez considérable.

4.1 TRAVAILLEURS ET INACTIFS

Pour l'ensemble des travailleurs, la prévalence des incapacités est à peu près comparable entre les sexes: elle oscille entre 3 et 4%. Mais alors quelle progresse régulièrement avec l'âge pour le sexe masculin, elle suit une courbe en U chez les travailleuses: plus élevée au début de la vie active³⁷ que dans les années qui suivent, la prévalence subit une augmentation marquée avec le groupe d'âge des 45-64 ans (tableau 4.1).

Du côté des inactifs, les incapacités sont trois fois plus importantes, sexes réunis, que chez les travailleurs (10,9% v.s. 3,3%); et ce sont les hommes qui en sont les principales

³⁷ Peut-être ce taux élevé en début de vie active est-il influencé par des histoires de grossesses compliquées?

Tableau 4.1: Prévalence de l'incapacité prolongée* suivant l'âge, le sexe et le statut d'activité

Statut d'activité	15-29 ans (%)	30-44 ans (%)	45-64 ans (%)	tous âges (%)
travailleurs:				
▶ hommes	1,9	3,1	4,2	3,0
▶ femmes	3,4	2,5	6,0	3,7
inactifs:				
▶ hommes	3,9	14,8	30,2	15,1
▶ femmes	4,1	7,9	15,5	8,6

* Durée d'au moins 6 mois.

Tableau 4.2: Prévalence de l'incapacité prolongée selon le sexe et la catégorie professionnelle - (taux standardisés pour l'âge)

catégorie professionnelle	travailleurs (%)	travailleuses (%)	total (%)
employés de bureau	3,6	5,1	4,6
travailleurs de la restauration	5,4	3,3	4,4
travailleurs de la vente	3,9	3,8	4,0
personnel enseignant et infirmier	3,7	3,8	3,8
travailleurs des "autres" services	4,3	2,6	3,6
manutentionnaires	3,4	2,0	3,1
travailleurs du transport	2,7	--	3,0
travailleurs de la construction	2,9	--	2,9
gestionnaires et professionnels	2,7	2,2	2,4
travailleurs agricoles	2,2	--	2,3
ouvriers manufacturiers	2,4	1,8	2,3
trav. de la forêt et des mines	1,4	--	1,4
toutes professions	3,0	3,7	3,3

victimes: 15% des hommes inactifs sont affectés d'une restriction prolongée de leurs activités, cinq fois plus que les travailleurs de même sexe.

C'est avec l'âge que l'écart se creuse entre travailleurs et inactifs de sexe masculin. A 15-29 ans, les inactifs ont un taux d'incapacité deux fois plus élevé que les travailleurs; à 45-64 ans, il est 7 fois plus important.

Les écarts entre travailleuses et inactives sont sensiblement moins prononcés. La participation réduite des femmes au marché du travail, leur concentration dans des emplois non manuels et par conséquent une exposition réduite aux risques les plus évidents de lésions professionnelles et de leurs séquelles, ont sans doute un rôle à jouer dans ces écarts. Dillard suggère aussi que leur perception de l'état d'incapacité diffère de celle des hommes (1984)³⁸.

Les taux d'incapacité des inactifs des deux sexes sont comparables à 15-29 ans; c'est par la suite que les différences s'installent, les taux masculins grimant plus rapidement, ce qui est en partie imputable au fait qu'un adulte masculin inactif a de fortes chances d'être atteint d'incapacité. Les taux d'accident ou de mortalité par accident ont toujours été plus forts chez les hommes. On peut supposer sans risquer de trop se tromper qu'au moins une partie des incapacités des hommes inactifs résultent d'accidents -- du travail notamment -- plus nombreux sinon plus graves que ceux qui ont immobilisé ou affecté les femmes. Il se pourrait donc que des séquelles de lésions professionnelles soient à l'origine du passage de certains travailleurs, de sexe masculin surtout, vers l'inactivité, d'où les forts taux d'incapacité de ces derniers après 30 ans. Nous reviendrons là-dessus.

4.2. PREVALENCE DES INCAPACITES SELON LA CATEGORIE PROFESSIONNELLE ET LE SEXE

C'est dans certains métiers du tertiaire qu'on trouve les plus forts taux d'incapacité: parmi les travailleurs des services (incluant la restauration) pour le sexe masculin et chez les employées de bureau pour le sexe féminin. Par contre, les cols bleus du secondaire et du

³⁸ S. Dillard avance que l'écart entre les sexes s'expliquerait par les rôles traditionnels de chacun, les hommes restreints dans leurs activités professionnelles se voyant plus pénalisés que les femmes qui, frappées d'un même handicap, arrivent mieux à maintenir leurs activités courantes en les réorganisant autrement.

primaire -- tant les hommes que les femmes -- montrent les plus faibles taux d'incapacité (tableau 4.2).

On note que pour quelques catégories professionnelles du tertiaire où il existe une certaine parenté entre les tâches dévolues à chaque sexe (gestionnaires et professionnels, personnel enseignant et infirmier, vendeurs), les taux d'incapacité sont du même ordre de grandeur. Ceci est intéressant dans la mesure où la perception de ces incapacités pourrait ne pas être liée au sexe du travailleur, comme le propose Dillard (cf note 39).

Selon l'âge

Bien qu'on ne puisse l'affirmer à partir de données transversales, la progression de l'incapacité avec l'âge suggère indirectement qu'il pourrait y avoir des liens entre l'incapacité acquise au cours de la vie active et le travail.

a) Sexe masculin

Dans la plupart des catégories professionnelles, l'incapacité est plus répandue chez les plus âgés. Font exception: les gestionnaires dont les taux diminuent; les travailleurs de la restauration et les manutentionnaires, qui montrent un taux maximum d'incapacité entre 30 et 45 ans; et les travailleurs du transport dont les taux sont élevés en début et en fin de vie active (tableau 4.3).

Le dernier groupe d'âge (45-64 ans) reste le plus atteint. Les incapacités se font plus nombreuses, parmi les travailleurs de la vente (9,2%) et des "autres services (6,4%), deux catégories où curieusement, les taux sont presque nuls à 15-29 ans. On peut se demander quelles sont les raisons qui expliquent une telle concentration d'incapacités dans ces emplois peu spécialisés? Ces métiers constituent-ils des refuges professionnels pour les travailleurs plus âgés ayant acquis depuis peu une incapacité dans un autre type d'emploi ou autrement? Est-ce parce que ces métiers sont les seuls compatibles avec la présence de handicaps? La nature du travail est-t-elle un des facteurs aggravants?

En contrepartie, si les ouvriers des manufactures, les travailleurs du primaire et les manutentionnaires -- trois groupes de travailleurs manuels à fort risque d'accident du travail (voir tableau 3.5) -- figurent parmi ceux où l'augmentation de l'incapacité avec l'âge est la moins rapide, ce n'est guère étonnant: une incapacité installée depuis plus de 6 mois, se conçoit mal dans des métiers où l'habileté manuelle, l'endurance et la force physiques sont

couramment sollicitées. Il semble cependant qu'il y ait des exceptions: la construction et le transport par exemple. Il faudrait voir quelle est la nature des handicaps en cause et leur impact sur la capacité des travailleurs à exercer leur métier.

Il n'est pas facile de voir clair dans ces variations. On peut cependant faire l'hypothèse que là où les taux diminuent considérablement après avoir subi une hausse importante (par exemple dans la restauration ou chez les manutentionnaires), il y pourrait y avoir un effet de désertion de l'emploi parmi les travailleurs affectés par un handicap et trouvant de ce fait de plus en plus exigeantes les contraintes de leur travail. Cet effet se ferait en faveur d'emplois à première vue moins spécialisés et requérant moins de performance physique (est-ce le cas de la vente et du transport où les taux d'incapacités croissent fortement dans la dernière partie de la vie active?). En somme, quelles qu'en soient les raisons, il est possible qu'une relocalisation de travailleurs d'une catégorie professionnelle à une autre explique une partie des variations observées dans l'évolution des taux d'incapacité selon l'âge.

Tableau 4.3: Prévalence de l'incapacité prolongée suivant l'âge par catégorie professionnelle, sexe masculin

Catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29 (%)	30-44 (%)	45-64 (%)	15-64 (stand) (%)
travailleurs de la restauration	2,7	10,7	0,0	5,4
travailleurs des "autres" services	0,4	6,0	6,4	4,3
travailleurs de la vente	0,9	3,1	9,2	3,9
infirmiers et enseignants	1,1	4,3	6,1	3,7
travailleurs de bureau	2,2	4,4	3,9	3,6
manutentionnaires	2,2	5,0	2,1	3,4
travailleurs de la construction	1,7	2,2	5,8	2,9
travailleurs du transport	2,7	1,1	5,5	2,7
gestionnaires et professionnels	4,6	2,0	1,3	2,7
ouvriers manufacturiers	1,3	2,6	3,5	2,4
travailleurs agricoles	0,6	2,8	3,2	2,2
travailleurs de la forêt et des mines	0,8	1,7	1,7	1,4
tous les travailleurs	1,9	3,1	4,2	3,0

b) sexe féminin

Chez les travailleuses, l'évolution générale de l'incapacité selon l'âge diffère du modèle masculin. Importante en début de vie active, elle se réduit légèrement par la suite, puis subit une hausse marquée dans la dernière tranche d'âge. Mais toutes les professions ne suivent pas cette courbe en U: parfois, il y a croissance régulière selon l'âge, parfois un seul groupe d'âge est particulièrement frappé.

Tant chez les jeunes (15-29 ans) que parmi les plus âgées (45-64 ans), les travailleuses de la vente, de bureau et de la restauration sont celles qui sont le plus frappées par les incapacités (tableau 4.4). C'est dans ces mêmes groupes de professions qu'on observe les plus fortes hausses entre le milieu et la fin de la vie active. Par ailleurs, les enseignantes et infirmières comptent aussi parmi les travailleuses à risque élevé, quoiqu'ici la progression de l'incapacité soit constante avec l'âge. Bien qu'un bon nombre de métiers du tertiaire puissent être exercés avec un handicap, comme on l'a déjà mentionné, il est curieux de voir que l'incapacité évolue différemment selon les catégories professionnelles. Est-ce la conséquence des différents modes de composition de la main d'oeuvre féminine? Faut-il chercher du côté des risques particuliers aux professions? Est-ce plutôt lié aux caractéristiques des milieux sociaux d'où proviennent les travailleuses, un mauvais état de santé se rencontrant plus fréquemment dans les populations à faibles revenus et scolarité réduite?

Tableau 4.4: Prévalence de l'incapacité prolongée suivant l'âge, quelques catégories professionnelles, sexe féminin

Catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29 (%)	30-44 (%)	45-64 (%)	15-64 (stand) (%)
travailleuses de bureau	4,6	2,5	10,1	5,1
travailleuses de la vente	5,3	0,7	7,1	3,8
infirmières et enseignantes	1,3	3,9	7,0	3,8
travailleuses de la restauration	3,3	1,5	6,3	3,3
travailleuses des "autres" services	0,5	4,9	1,4	2,6
gestionnaires et professionnelles	2,3	1,8	2,7	2,2
manutentionnaires	0,0	4,7	0,0	2,0
ouvrières	2,2	1,3	2,1	1,8
toutes les travailleuses	3,4	2,5	6,0	3,4

Chez les manutentionnaires et les travailleuses des "autres" services, l'incapacité est pratiquement inexistante sauf au milieu de la vie active (situation comparable à celle des manutentionnaires et travailleurs de la restauration de sexe masculin, mais en plus marqué). Manifestement peu choisis par les jeunes femmes de 15-29 ans qui souffrent d'une incapacité (taux nul ou presque), ces métiers en favoriseraient-ils l'apparition ? Est-ce que certains métiers sont physiquement trop exigeants pour les femmes ou incompatibles avec la présence d'une forme ou l'autre d'incapacité ? Si ces travailleuses quittent leur emploi (et peut-être aussi le marché du travail) quand survient une incapacité, pourquoi n'est-ce pas aussi le cas dans les autres catégories professionnelles où les taux ont tendance à augmenter avec l'âge ? Est-ce un effet de la mobilité professionnelle ? Y a-t-il entrée ou retour de femmes plus âgées, déjà atteintes d'incapacités, sur le marché du travail dans des emplois généralement peu spécialisés (vente, restauration) ? Les conditions de travail ou de vie de ces femmes favorisent-elles l'apparition de handicaps ? S'agit-il d'un processus d'usure sans lien direct avec le travail ; car il faut bien reconnaître que plusieurs facteurs interviennent dans l'apparition de ces incapacités : mode de vie, conditions sociales, niveau de prévention sanitaire, etc. Nous ne pouvons en aucune manière départager ce qui revient au travail et à la vie hors travail.

La nature des handicaps a un rôle majeur à jouer dans la poursuite ou non de l'activité professionnelle ainsi que dans le choix du métier ; l'âge influence aussi évidemment ce choix.

4.3. LA NATURE MEDICALE DES INCAPACITES

Chez les travailleurs

Plus de la moitié des incapacités déclarées par les travailleurs appartiennent à deux grandes catégories de problèmes : la première couvre les maladies liées au vieillissement de l'appareil locomoteur (dos inclus) et représente près du tiers de toutes les incapacités de plus de 6 mois ; la deuxième consiste en séquelles de lésions, traumatismes ou intoxications. On notera que ces deux premières causes sont aussi celles qui affligent en priorité les travailleurs indemnisés pour lésions professionnelles. Puis suivent les incapacités liées au mal fonctionnement de l'appareil circulatoire.

De petites distinctions existent entre travailleurs et travailleuses. Les suites de blessures ou traumatismes ainsi que les incapacités liées à l'ensemble du système ostéo-articulaire,

représentent 29 et 30% des causes de handicap déclaré par les travailleurs de sexe masculin; suivent les troubles de l'appareil circulatoire qui comptent pour 12%. Chez les travailleuses, les pourcentages sont de 32% et 24% respectivement pour les mêmes deux premières causes; les troubles du système nerveux apparaissent au troisième rang avec 10%, alors que les incapacités liées à l'appareil circulatoire sont beaucoup moins importantes que chez les hommes (tableau 4.5).

Chez les inactifs

Parmi les inactifs de sexe masculin, même si le dos, les troubles ostéo-articulaires et les traumatismes sont les principales causes d'incapacité, elles sont relativement moins importantes (24 et 18%) que chez les travailleurs. Mais les handicaps liés au système circulatoire, au système nerveux, au système endocrinien et les troubles mentaux prennent sensiblement plus de place (tableau 4.5). Chez les inactives, les incapacités associées à des troubles endocriniens, mentaux ou de l'appareil circulatoire, représentent une part presque trois fois plus importante que chez les travailleuses.

Quoique les inactifs de sexe masculin ont sans doute, plus que les inactives, participé au marché du travail au cours de leur vie, la répartition des causes médicales de leurs incapacités ne diffère pas de façon notable, si ce n'est pour les séquelles de traumatismes; mais, on le sait, les accidents de toutes sortes sont beaucoup plus courants parmi la gent masculine que parmi les femmes, et ce à tout âge. Il serait présomptueux de faire ici l'hypothèse, à partir de ces seules répartitions, d'une association entre les risques liés à une activité professionnelle antérieure et la présence d'incapacités, chez les inactifs, même de façon très générale.

4.3.1 Nature des incapacités chez les travailleurs de sexe masculin

Bien qu'on ne puisse établir ici aucun rapport entre les incapacités des travailleurs et d'éventuelles origines professionnelles, la répartition des incapacités n'est pas uniforme d'une catégorie de métiers à l'autre. Le nombre réduit de cas n'a permis la ventilation que pour les travailleurs de sexe masculin.

Tableau 4.5: Répartition des principales causes d'incapacité, suivant l'activité et le sexe

Nature médicale du handicap	Travailleurs		Inactifs	
	hommes (%)	femmes (%)	hommes (%)	femmes (%)
dos, os et articulations	29,2	32,2	23,9	26,5
traumatismes (séquelles)	30,1	24,3	18,0	11,4
appareil circulatoire	12,3	5,1	16,3	14,4
système nerveux	4,8	9,0	8,1	8,1
troubles endocriniens	5,5	4,7	8,6	13,1
troubles mentaux	2,9	3,3	7,3	8,1
toutes natures	100	100	100	100

Tableau 4.6: Répartition des principales causes d'incapacité des travailleurs suivant la catégorie professionnelle, sexe masculin

Nature médicale du handicap	Catégorie professionnelle		
	cols blancs (%)	services (%)	cols bleus (sec. + prim.) (%)
dos, os et articulations	28,5	31,3	28,8
traumatismes (séquelles)	22,2	21,5	48,0
appareil circulatoire	13,9	21,8	3,9
système nerveux	1,5	6,4	8,2
troubles endocriniens	8,6	5,3	1,7
troubles mentaux	5,4	0,0	1,5
toutes natures	100	100	100

Parmi les cols bleus (secondaire et primaire), ce sont les traumatismes et intoxications qui sont à l'origine de plus de la moitié des causes d'incapacité, contre un cinquième dans les autres catégories professionnelles; c'est là une des différences les plus remarquables observées. Les handicaps liés au dos et au système ostéo-articulaire sont par ailleurs comparables d'un groupe professionnel à l'autre. Bien que le nombre de cas soit peu élevé, le système nerveux apparaît plus fréquemment comme cause d'incapacité chez les cols bleus que dans les autres catégories professionnelles³⁹.

Les incapacités liées à l'appareil circulatoire sont particulièrement fréquentes chez les travailleurs des services, alors que celles qui résultent de troubles endocriniens et de troubles mentaux caractérisent plus souvent les cols blancs.

4.4. CONCLUSION

Il importe de rappeler que l'on ne sait pas si les incapacités déclarées par les travailleurs sont apparues à cause d'accidents du travail ou de lésions professionnelles. La gravité des incapacités n'a pas été étudiée ici, ce qui est une limite à l'interprétation du phénomène puisqu'il réfère à une grande variété de problèmes et de causes probables. Les incapacités prolongées ne sont pas nécessairement permanentes, surtout quand elles touchent des jeunes.

Les fluctuations des taux d'incapacité prolongée suivant l'âge sont délicates à interpréter dans le cas qui nous concerne; elles peuvent tout au plus, dans certains cas, susciter des hypothèses ou des questions sur les rapports entre la profession et l'incapacité, sur la responsabilité potentielle du travail dans l'apparition des handicaps. Il reste évident que certains métiers, par définition, offrent des possibilités d'emploi aux individus physiquement handicapés et qu'il est normal qu'on retrouve ces personnes en plus grand nombre dans ces emplois.

C'est dans le tertiaire qu'on trouve, tant chez les hommes que chez les femmes, les plus fortes prévalences d'incapacité, ce qui semble témoigner de la capacité d'accueil de ce secteur face aux personnes ayant certains handicaps. Le fait que les travailleurs manuels soient ceux qui semblent les moins affectés par les incapacités serait plutôt expliqué par la mobilité

³⁹ On est tenté de faire le lien avec les études qui attribuent ce genre de troubles à la présence de produits neurotoxiques dans leurs milieux de travail.

professionnelle: avec un handicap, certains métiers de cols bleus deviennent difficiles à exercer, les travailleurs qui restent étant en meilleure santé.

Indépendamment de leurs éventuels liens de causalité avec le métier, ces incapacités sont une réalité avec laquelle le monde du travail ne pourra éviter de composer dans le futur. Ne serait-ce que parce que la population active vieillit et que les taux d'activité des femmes de tout âge continuent de croître. Il importe d'autant plus de réfléchir aux problèmes que pose l'intégration des personnes partiellement handicapées au marché du travail.

Beaucoup de femmes de plus de 30-35 ans qui reviennent ou entrent sur le marché du travail sans grandes qualifications, occupent des emplois précaires et peu valorisés, gagnent de faibles revenus et constituent un groupe "à risque" sur le plan de la santé en général, et sur celui de la santé au travail aussi, deux univers qui se recoupent nécessairement chez les travailleurs. Quant aux travailleuses âgées qui sont, en proportion non négligeable, affligées de handicaps, en particulier dans ces emplois où elles continuent d'affluer en bon nombre, comme le bureau et la vente, la situation est encore plus critique.

On peut s'attendre à ce que la hausse de la scolarisation, qui est un fait chez un nombre grandissant de jeunes travailleurs, contribue à atténuer la présence des problèmes de santé les plus lourds. Une meilleure éducation facilite l'apparition de pratiques préventives qui en retour ont un effet positif sur la santé globale. Le portrait n'est donc pas si sombre. On ne pourra tout de même pas échapper aux solutions qui passent par le développement de postes de travail plus aptes à convenir à des personnes handicapées, présentant une grande variété de conditions ou de capacités physiques "fonctionnelles". On peut le faire en s'intéressant non seulement aux aspects ergonomiques des postes de travail concernés, mais aussi à des formes souples et variées que pourrait prendre l'organisation du travail.

5. LA MALADIE, L'AGE ET LE TRAVAIL

Les données dont nous disposons ne permettent pas d'avancer que les particularités de l'état de santé de certains groupes travailleurs sont liées à leur activité professionnelle. Bien qu'il soit courant et "attendu" que l'état de santé général de la population se détériore progressivement avec l'âge, les différents rythmes d'évolution des problèmes de santé des travailleurs, ainsi que la littérature consultée, suggèrent quelques hypothèses d'explication qui mériteraient d'être investiguées.

Une mise en garde est nécessaire toutefois. Bien qu'il soit courant dans l'analyse de données transversales de considérer les informations collectées suivant l'âge comme une approximation valable de ce qu'on aurait trouvé par l'observation d'une seule cohorte d'individus passant par tous les âges en question, cette approche est plus délicate dans le cas de la santé des populations actives. En effet, les données concernent des populations qui sont entrées à différentes époques sur le marché du travail et dont les cheminements professionnels ont été influencés par des conditions de travail et des expositions qui ont pu varier considérablement au cours des années. L'utilisation que nous faisons du terme "évolution" doit être pondérée à la lumière de cette limite méthodologique.

5.1 EVOLUTION DE QUELQUES PROBLEMES DE SANTE AVEC L'AGE

L'apparition précoce de certains problèmes de santé dans des sous-groupes donnés de travailleurs (par rapport à l'ensemble), ou les variations inusitées de la prévalence de certaines maladies selon l'âge, suggèrent la présence de liens éventuels entre ces maladies et l'existence de risques à la santé de caractère professionnel. L'hypothèse sous-jacente est que l'émergence rapide d'un problème dans une catégorie professionnelle pourrait éventuellement être expliquée par des caractéristiques de ces professions, caractéristiques que nous ne pouvons préciser cependant⁴⁰. Ce présupposé a bien sûr ses limites car le bassin potentiel

⁴⁰ Dans la section précédente, on a associé les horaires de travail aux accidents et aux problèmes de santé mentale. Si on n'a pas présenté, pour les problèmes de santé retenus, les quelques informations sur l'organisation du travail recueillies par Santé Québec, c'est que les variations des quelques variables disponibles nous ont paru trop faibles, trop peu probantes ou sans consistance avec la littérature, pour être signalées. Rappelons que la combinaison des données des deux

des travailleurs pour un type de métier, qui a varié selon les époques, est plus ou moins déterminé par des facteurs sociaux, économiques ou culturels, le niveau de scolarité, par exemple, étant une composante évidente des choix individuels. L'état de santé est aussi un facteur qui influence le choix.

On examine ici de plus près les principaux problèmes de santé qui, pour une raison ou une autre, constituent une préoccupation pour le milieu de la santé et sécurité du travail, comme les maux de dos, les troubles et douleurs ostéo-articulaires, les allergies, ou encore les problèmes qui émergent comme les "malaises divers", catégorie qui réunit, côte à côte, les problèmes de migraines et maux de tête, de fatigue et d'insomnie, de troubles mentaux, tous ayant été à tour de rôle, associés à l'épuisement professionnel (CSST 1992b); nous verrons que parfois ils frappent de façon sélective certains groupes d'âge, de sexe ou de profession.

Nous utilisons comme indicateur de la présence possible de facteurs de risque dans les milieux de travail, les taux de prévalence de maladies qui dépassent de façon significative les moyennes âge/sexe des groupes professionnels, ou de brusques et importants changements de prévalence entre classes d'âge dans une catégorie professionnelle donnée lorsque cela semble pertinent. Les principales observations concernant les groupes de travailleurs qui répondent à ces critères, sont illustrées graphiquement; on ne trouve donc pas nécessairement les mêmes catégories professionnelles pour l'un et l'autre sexe.

Bien sûr, nous ne prétendons pas que l'environnement ou les conditions de travail ont une part de responsabilité dans tous les problèmes de santé dont souffre la population active. Mais, puisque de plus en plus on ne peut ignorer les maladies à étiologie mixte (travail et hors travail) dans la problématique de la santé au travail, leur prévention commence par une meilleure connaissance de leur importance et de leur répartition dans la population.

Dans ce qui suit nous verrons comment ces problèmes se distribuent selon l'âge, le sexe et les groupes professionnels. Mais d'abord revenons rapidement à un parallèle commencé au tout début entre travailleurs et inactifs, à propos de l'importance comparée des problèmes de santé dans chaque population.

Une ventilation des taux suivant l'âge (qu'on trouve en annexe au tableau A-1), révèle des différences qui pourraient être une indication de l'existence de liens entre la santé et le

questionnaires était soumise aux mêmes biais que ceux que nous avons évoqués en introduction, ce qui pourrait expliquer le manque d'intérêt des croisements qui ont été tentés.

travail. Ainsi, les troubles cardiaques, les maux de dos et les troubles digestifs, affectent beaucoup plus les jeunes travailleurs (15-29 ans) de sexe masculin que les inactifs de même âge; pour leur part, les jeunes travailleuses ont déclaré plus de maux de tête et migraines, de fatigue et troubles du sommeil, et de problèmes de peau que les inactives.

Par contre, en ce qui concerne les allergies respiratoires et les réactions allergiques, les écarts entre actifs et inactifs sont plus marqués après 30 ans et ont parfois même tendance à augmenter avec l'âge (tableau A-1, en annexe).

La présence plus forte de ces problèmes parmi quelques sous-groupes de travailleurs pourrait-elle s'expliquer, en partie tout au moins, par des expositions ou des caractéristiques particulières aux milieux de travail? La possibilité ne peut être écartée d'emblée.

5.1.1 Les maux de dos

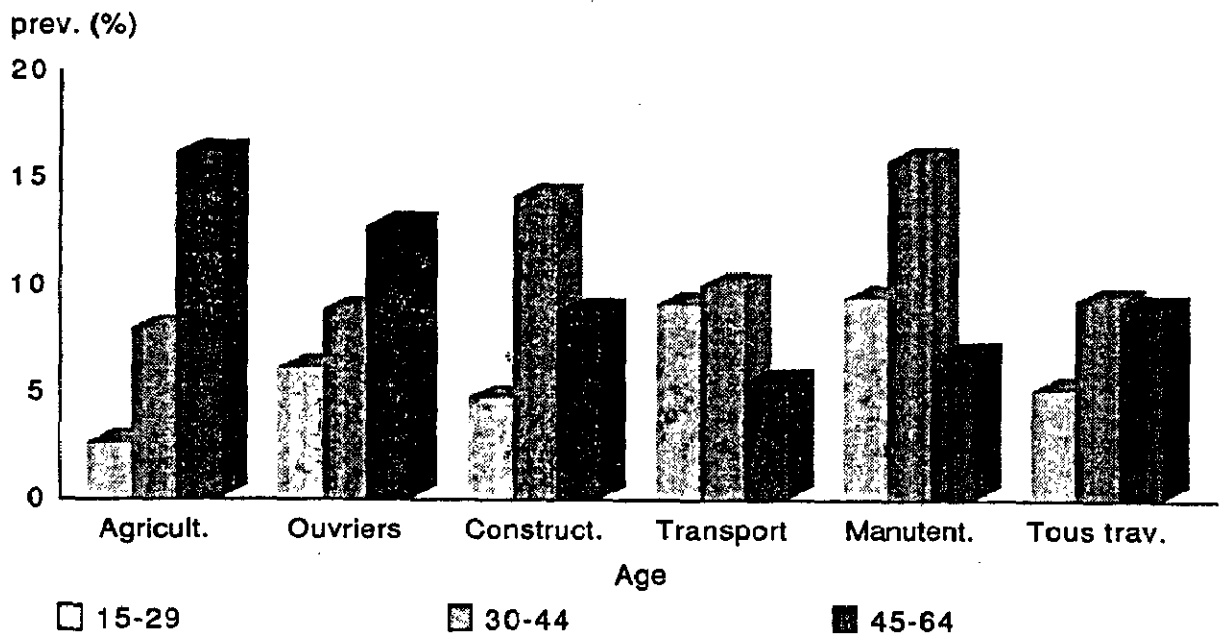
Dans la littérature, les maux de dos sont souvent associés à la manutention ou au déplacement de charges lourdes, ou moins lourdes dans des conditions inadéquates, aux excès de contraintes ou d'efforts physiques, à l'inconfort des postures, aux positions assise ou debout prolongées, au stress, à la sédentarité, au manque d'exercice.

Dans l'enquête Santé Québec, des maux de dos ont été déclarés en assez forte proportion par toutes les catégories de travailleurs. En moyenne, la prévalence est de 7,9%, sexes réunis, les plus atteints étant les travailleurs manuels de sexe masculin et les travailleuses des "autres" services.

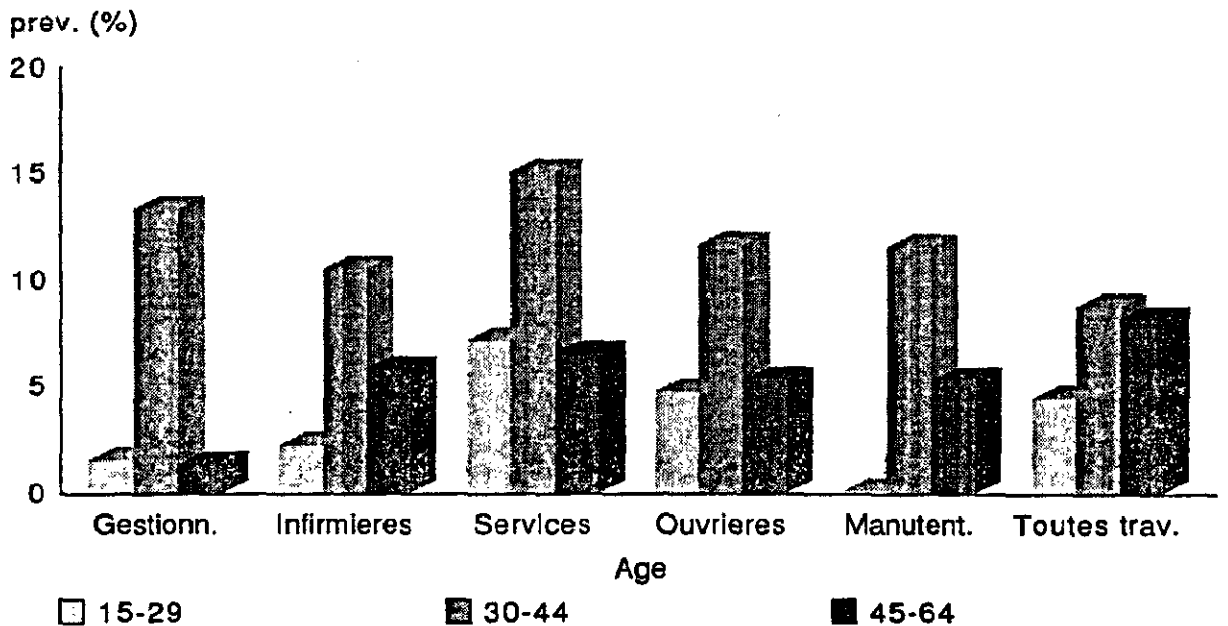
Pour ce qui est travailleurs manuels, leurs tâches mêmes requièrent souvent l'utilisation de la force dans des positions fort variées, avec ou sans activités de manutention, principales causes connues de maux de dos.

La sédentarité d'une partie des non-manuels, la tension ou le stress induits par les modes d'organisation et par les modes de vie, les tâches mi-manuelles de certains travailleurs classés parmi les cols blancs (vendeurs et personnel hospitalier par exemple), tous ces facteurs et d'autres sans doute, ont contribué à l'apparition de maux de dos dans des catégories de travailleurs que l'on pouvait croire mieux protégées. Ainsi, parmi les cols

Graphique 5.1
MAUX DE DOS SELON L'AGE
quelques professions, sexe masculin



Graphique 5.2
MAUX DE DOS SELON L'AGE
quelques professions, sexe féminin



blancs, les enseignants et les employés de bureau de sexe masculin ainsi que les vendeuses comptent parmi les groupes les plus susceptibles de développer des maux de dos.

On pourrait s'attendre à voir ce problème lié au vieillissement du système locomoteur augmenter avec l'âge. En fait, il semble atteindre un maximum ou un plateau en milieu de vie active, quand on observe l'ensemble des travailleurs.

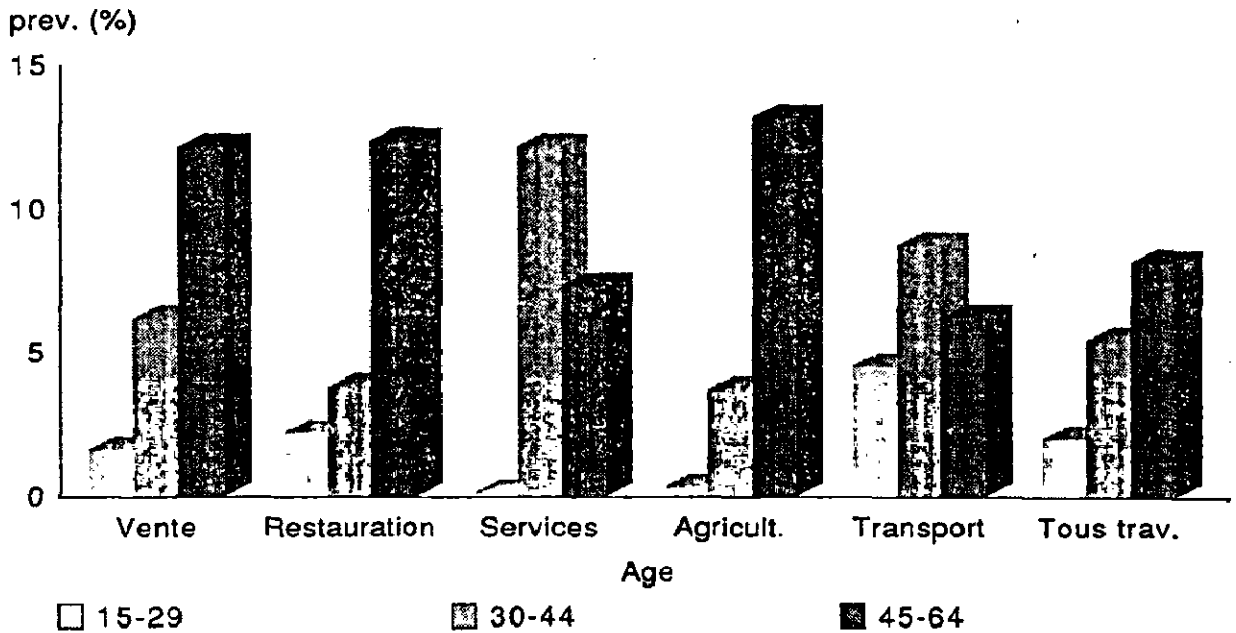
Cette observation cache des évolutions variées selon la catégorie professionnelle. Ainsi, pour le sexe masculin, on enregistre les prévalences maxima à 30-44 ans, soit au milieu de la vie active, parmi les groupes mêmes de travailleurs manuels où les maux de dos professionnels sont importants, tous âges confondus: travailleurs de la forêt et des mines, ouvriers de la construction, du transport et manutentionnaires (Graphique 5.1). Parmi les non-manuels, seuls les gestionnaires présentent un profil similaire.

Par contre, on observe une très forte croissance des maux de dos chez les travailleurs du primaire entre le début et le milieu de la vie active (4 fois plus), augmentation qui caractérise surtout les travailleurs agricoles et se poursuit avec l'âge: le taux double après 45 ans, ce qui leur donne la plus forte prévalence déclarée de maux de dos de tous les travailleurs de 45-64 ans: 16,1% (Graphique 5.1). L'évolution à la hausse du problème est beaucoup moins forte chez la plupart des cols blancs et travailleurs des services (tableau A-3 en annexe).

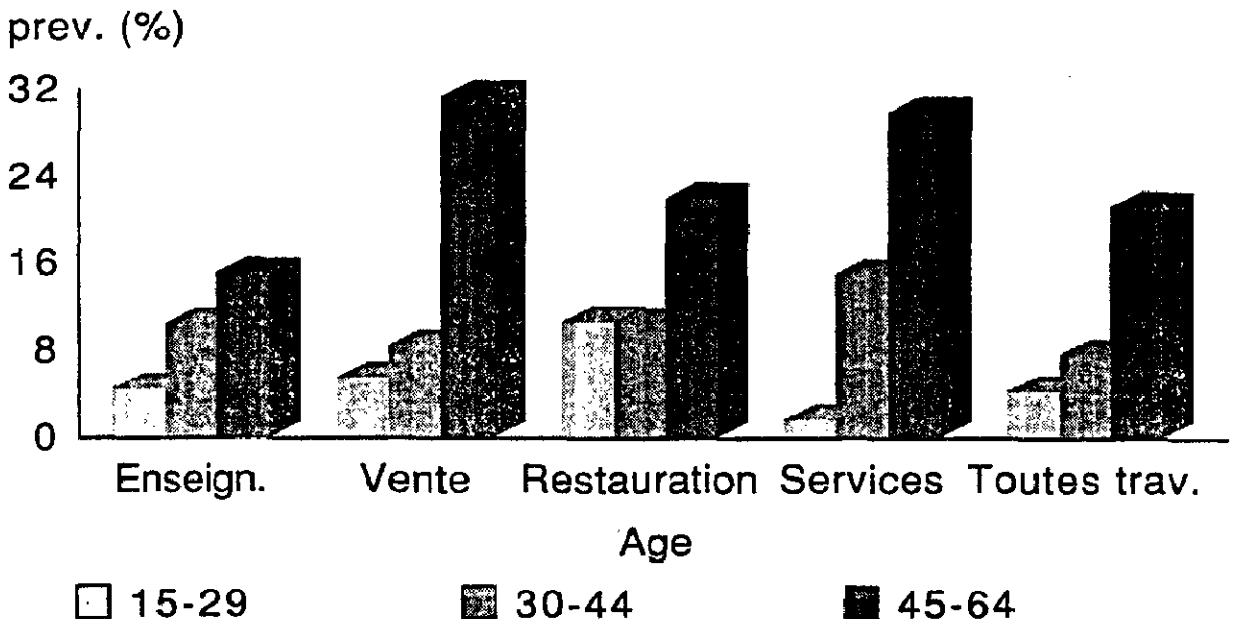
Du côté des travailleuses, les profils varient aussi: des prévalences élevées au milieu de la vie active sont caractéristiques des gestionnaires, des infirmières, des travailleuses des "autres" services, des ouvrières des manufactures et des manutentionnaires (Graphique 5.2). Figurent parmi ces travailleuses, bon nombre dont les tâches nécessitent des mouvements avec effort ou impliquent des postures peu naturelles qui provoquent à la longue une fatigue du dos. Chez les cols blancs, cependant, les taux augmentent sensiblement avec l'âge (tableau A-3).

La plupart des travailleurs sont atteints de maux de dos, à un moment ou l'autre de leur vie active. Tous ces maux de dos ne peuvent évidemment pas être imputés à des causes professionnelles. Mais si l'étiologie et la sévérité d'un mal de dos sont souvent difficiles à établir, sa manifestation ou son apparition au cours du travail l'est moins; dans ces cas-là, la loi reconnaît souvent le droit à l'indemnisation des travailleurs. La prévention et l'adaptation du travail à cette réalité s'impose donc comme une nécessité. Nous reviendrons plus loin sur les particularités d'évolution des maux de dos par âge et catégorie professionnelle.

Graphique 5.3
TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES
quelques professions, sexe masculin



Graphique 5.4
TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES
quelques professions, sexe féminin



5.1.2 Les troubles et douleurs ostéo-articulaires

Cette catégorie regroupe toutes les maladies des os et des articulations (sauf le dos) et inclut les diverses formes d'arthrite et de rhumatisme et les douleurs qui les accompagnent. Les troubles et douleurs ostéo-articulaires sont associés aux mouvements répétitifs, aux sollicitations précises et accompagnées d'effort de certaines articulations. Les inflammations comme les bursites, tendinites et autres, sont particulièrement fréquentes dans l'industrie manufacturière (IRSST 1991).

Les femmes en sont les premières victimes: 10% des travailleuses en moyenne sont atteintes. Parmi elles, les travailleuses des "autres" services, de la restauration et de la vente sont les plus touchées: 14,3, 13,3 et 13,2 % tous âges confondus (à 45-64 ans, les taux ont passé à: 29,8, 21,9 et 31,3%, respectivement; voir tableau A-4). Les travailleurs de sexe masculin sont deux fois moins affectés, exception faite des travailleurs du primaire, en particulier ceux de la forêt et des mines (10%, tous âges; 29% à 45-64 ans), ce qui pourrait aisément être associé à la nature de leurs tâches: efforts physiques intenses et répétés.

Comme les maux de dos, et tout ce qui concerne l'appareil locomoteur, les troubles des os et des articulations croissent avec l'âge en raison de l'usure normale et progressive de l'organisme. Il y a de fortes variations cependant.

En se basant sur l'hypothèse qu'il existe une relation entre l'apparition précoce d'un problème de santé dans une catégorie professionnelle et la présence de facteurs de risque au travail, les troubles ostéo-articulaires pourraient avoir un lien plus direct avec le travail chez les actifs de sexe masculin (montée du problème chez les jeunes et croissance moins rapide par la suite; 2,0, 5,4 et 8,1% pour les trois groupes d'âge; graphique 5.3), que chez les travailleuses (forte croissance tardive: 4,2%, 7,5% et 21,2%; graphique 5.4). Mais, la ventilation par catégorie professionnelle montre que quelques groupes de femmes ont déjà subi de fortes hausses avant d'entrer dans la dernière phase de la vie active: les travailleuses des "autres" services et les enseignantes notamment (graphique 5.4, tableau A-4). Pour le sexe masculin, les travailleurs du primaire sont ceux où la croissance des troubles ostéo-articulaires avec l'âge est la plus forte et la plus soutenue (graphique 5.3).

En somme, les groupes les plus susceptibles de développer ce genre de troubles, sont les femmes en général, et les plus affectées sont aussi celles pour lesquelles l'apparition des problèmes ostéo-articulaires se fait assez tôt dans la vie. Il faut y ajouter aussi les

travailleurs des "autres" services qui enregistrent, sexes réunis, une multiplication par 19 des prévalences entre le 1er et le 2e groupe d'âge, et les travailleurs agricoles (multiplication par 10).

L'existence de ce problème de santé, en dehors de toute relation hypothétique avec le travail, ne peut être ignorée par les chercheurs en santé et sécurité du travail. Sa présence seule a des répercussions sur la façon d'adapter des tâches difficiles aux capacités réelles des travailleurs et travailleuses qui sont atteints.

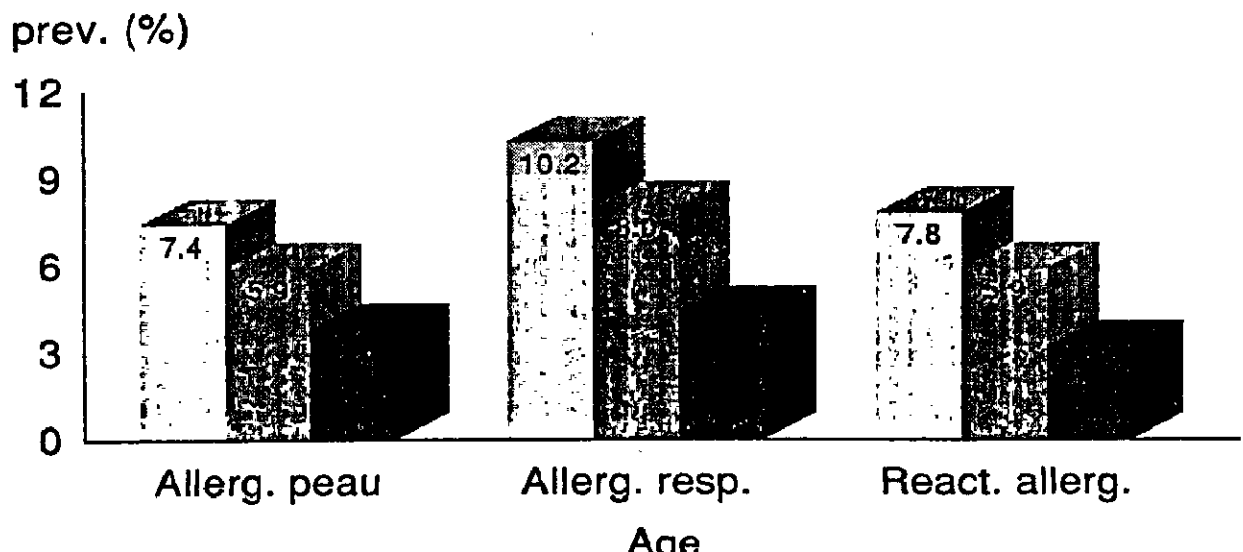
5.1.3 Les allergies

Sont regroupés ici trois types d'allergies: les allergies affectant le système respiratoire (ou rhinites allergiques), les allergies et affections cutanées, ainsi que diverses autres réactions allergiques de siège variable ou non précisé. La qualité de l'air respiré, la manipulation non protégée de substances chimiques ou biologiques, la méconnaissance des effets irritants des produits nouveaux qui arrivent constamment sur le marché, ont souvent été mis en cause pour expliquer la fréquence des allergies parmi les travailleurs (Demeules et Boucher 1988; Robichaud 1989).

Graphique 5.5

ALLERGIES SELON L'AGE

sexes réunis



C'est de loin le problème de santé le plus répandu parmi les travailleurs (19%, sexes réunis, 25% chez les femmes et 18% chez les hommes). Il caractérise en tout premier lieu les populations de travailleurs non manuels et parmi eux, les plus jeunes, la prévalence de toutes les allergies décroissant avec l'âge dans l'ensemble de la population (Graphique 5.5).

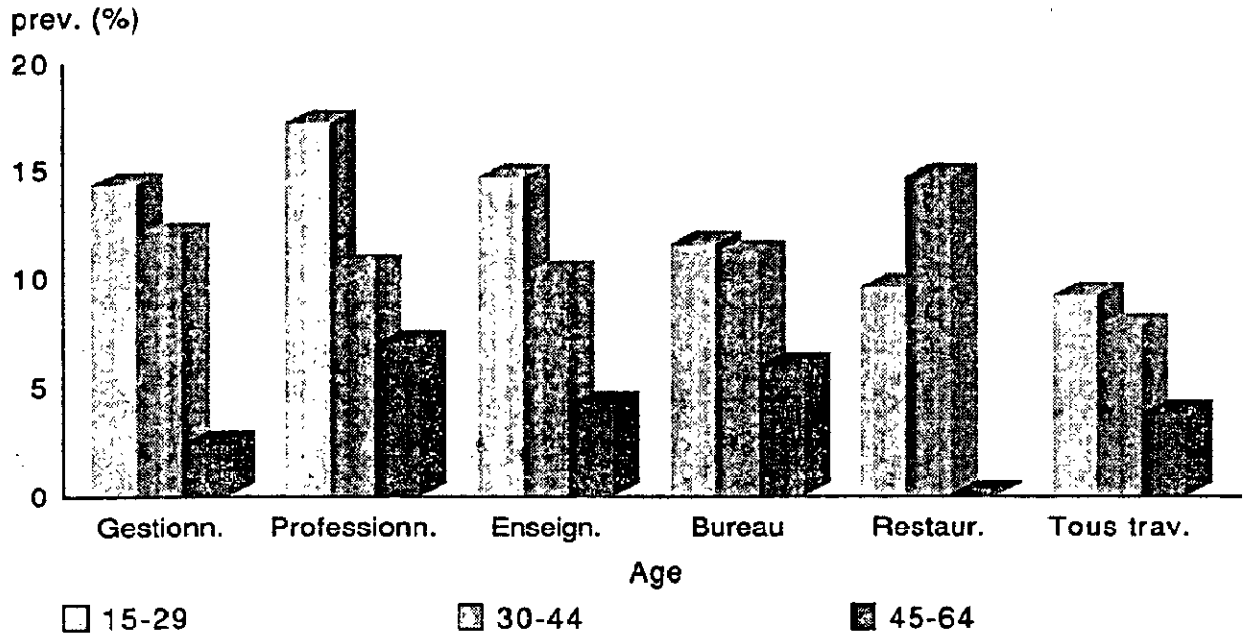
Les allergies respiratoires sont associées dans l'esprit de plusieurs à la prolifération de bactéries ou germes dans les systèmes de climatisation et de ventilation des édifices à bureau, qui sont le lieu de travail de beaucoup de cols blancs ou de non manuels (Malo 1988; Nguyen et al 1988). Ce sont, du reste, les cols blancs des deux sexes, qui montrent les plus fortes prévalences, les professionnels étant les plus affectés. Les statistiques américaines rejoignent les nôtres sur les groupes professionnels les plus atteints; cependant, leurs taux sont deux fois moins élevés: 11,8% pour les femmes et 9,8% pour les hommes (NCHS 1989b). Est-ce parce que les édifices dits "hermétiques" sont moins nombreux chez nos voisins? Signalons aussi que des études ont fait état de la plus grande propension des gens instruits à en souffrir davantage que d'autres (MSSS, 1988), statistiques qui pourraient être influencées par les habitudes de prévention et de consultation qui varient d'un milieu social à l'autre (Marmot 1987).

Parmi les jeunes travailleurs de moins de 30 ans, les infirmières, les vendeuses, les professionnels des deux sexes, ainsi que les enseignants et gestionnaires de sexe masculin sont les plus affectés (graphiques 5.6 et 5.7).

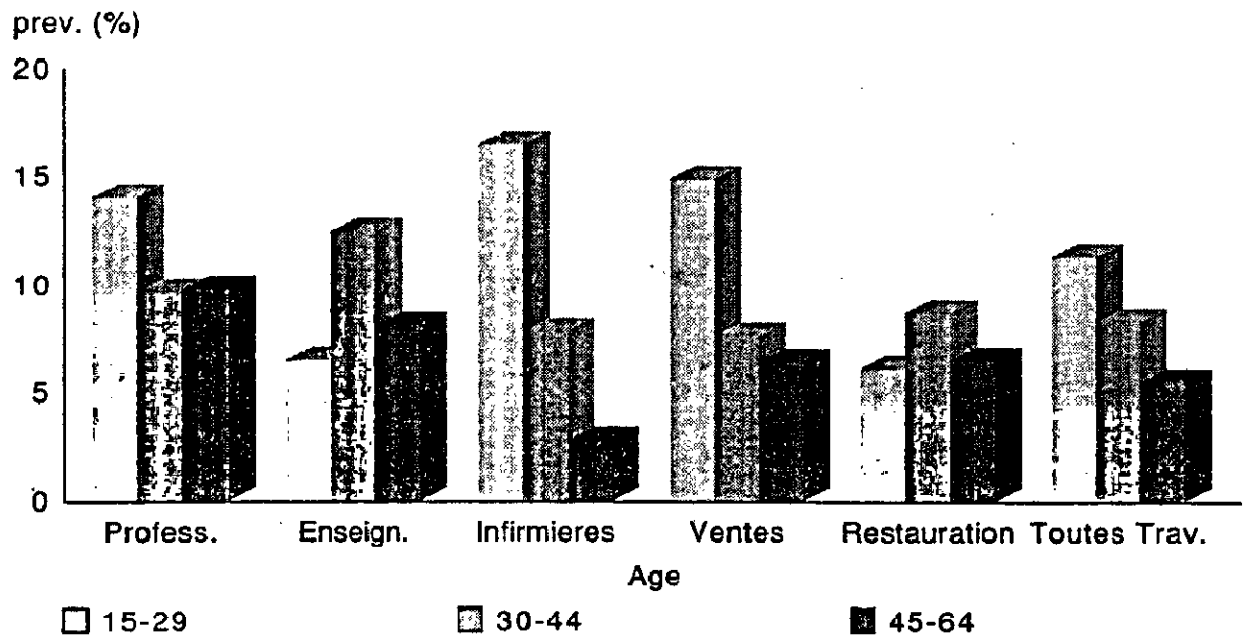
On remarque que contrairement au mouvement à la baisse observé dans les autres catégories professionnelles entre les deux premiers groupes d'âge, l'importance des allergies respiratoires s'accroît dans certains groupes, dont les travailleurs de la restauration (s.m et s.f.), et les enseignantes (presque 100 % de plus). Y aurait-il dans les environnements respectifs de ces travailleurs quelque facteur de risque pouvant justifier de tels résultats?

Les allergies et affections cutanées sont deux fois plus répandues chez les travailleuses (8%) que chez les travailleurs (4%). Parmi les jeunes, des taux particulièrement élevés sont enregistrés chez les enseignantes (19,9%), les travailleuses de la restauration (14,3%) et les manutentionnaires de sexe masculin (13,1%). La prévalence de ces allergies n'augmente significativement avec l'âge que chez les gestionnaires de sexe féminin (triplement des taux entre 15-29 et 30-44 ans : de 4,5% à 13,7%).

Graphique 5.6
ALLERGIES RESPIRATOIRES
quelques professions, sexe masculin



Graphique 5.7
ALLERGIES RESPIRATOIRES
quelques professions, sexe féminin



La prévalence des allergies diverses (qui comprennent notamment les cas d'hypersensibilité à des produits chimiques ou biologiques) est d'importance comparable à celle des affections cutanées. Mais ici, ce sont plutôt les professionnelles (15,7%) et les manutentionnaires de sexe féminin (19,0%) ainsi que les enseignants de sexe masculin (13,7%) qui, parmi les jeunes travailleurs, en sont les plus fréquentes victimes.

Bien que les allergies soient d'abord un problème particulier aux travailleurs du tertiaire, il reste que quelques groupes moins nombreux de jeunes cols bleus de sexe masculin, sont aux prises avec des problèmes d'allergies cutanées (manutentionnaires) ou diverses (agriculteurs) qui peuvent constituer pour certains d'entre eux un handicap pour l'exercice de leur métier.

A quelques exceptions près, on est frappé par la diminution considérable de la prévalence de tous les types d'allergies : baisse de moitié entre 15-29 et 45-64 ans. Est-ce une question d'habitude ou de tolérance accrue aux agents agresseurs? Faut-il imputer aux tâches dévolues aux plus jeunes ce genre de problème, ou à l'inexpérience, ou à l'absence de protection ou de mesures préventives?

On a vu au chapitre 2 que les allergies respiratoires sont le principal problème de santé pour lequel les travailleurs sont plus atteints que les inactifs (34% de plus, tableau 2.1). Il semble y avoir là une piste intéressante à explorer. Même si les sources d'allergies sont de diverses natures, et se trouvent en grand nombre en dehors des milieux de travail, il serait dommage de négliger la recherche d'éventuelles causes professionnelles, puisque comme on l'a vu, certaines catégories de travailleurs sont nettement plus frappées que d'autres, et que dans certains cas, les prévalences restent relativement élevées dans toutes les tranches d'âge.

5.1.4 Les malaises divers

Dans cette catégorie, on a inclus des malaises qui se révèlent, à l'occasion, être les symptômes de problèmes plus graves: ce sont les migraines et maux de tête, la fatigue et les troubles du sommeil, les troubles mentaux (comme la dépression et l'anxiété), chacun de ces problèmes, vu de façon chronique, montrant parfois d'assez faibles prévalences, bien que tous réunis, ils concernent 10,2% des travailleurs (16% des femmes et 6% des hommes). Leur intérêt réside plutôt dans le fait qu'ils font partie de ces "troubles non spécifiques" qu'on associe parfois aux symptômes de l'épuisement professionnel (Vinet, Vézina 1988.

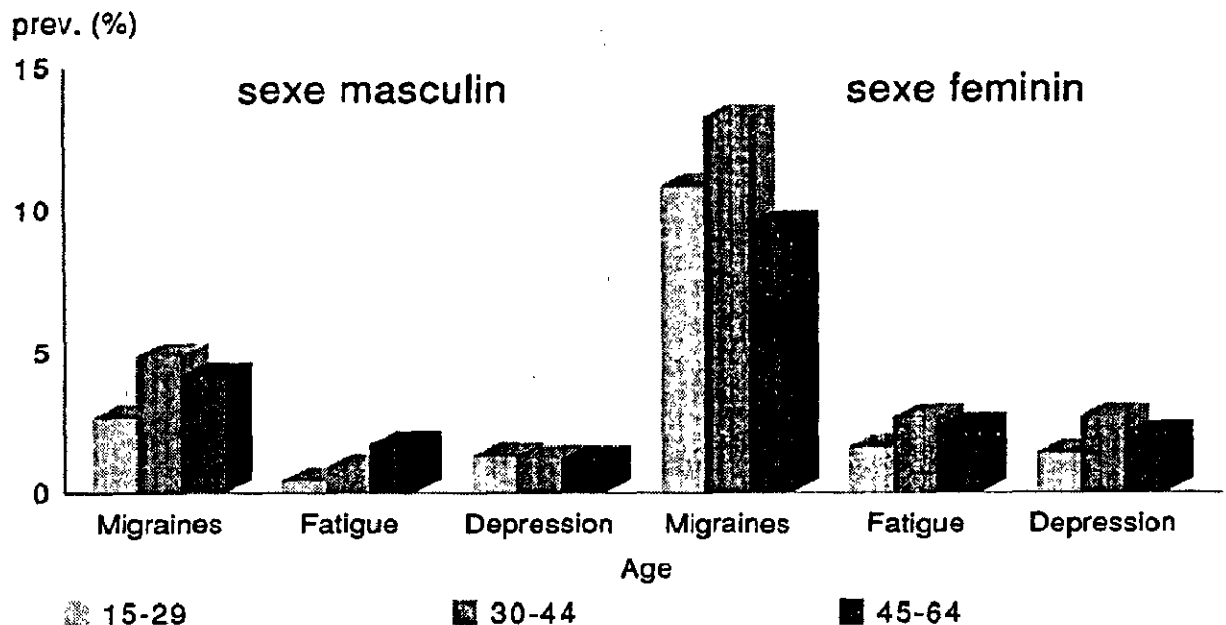
Toutefois ces problèmes, réunis ici un peu arbitrairement, peuvent résulter d'une multitude de causes pas nécessairement reliées entre elles, ni au travail.

Ces problèmes ne se manifestent pas de la même façon selon le sexe ou l'âge (graphique 5.8). Il existe aussi des variantes selon les catégories professionnelles.

Les groupes de manutentionnaires de sexe masculin et de travailleuses des "autres services", sont les seuls où la plupart de ces problèmes se côtoient et se manifestent avec une intensité comparable ou supérieure à la moyenne.

Les maux de tête et migraines sont les plus importants: 4 et 12% de prévalence chez les travailleurs et les travailleuses, respectivement. Ils affectent principalement, chez les hommes, les professionnels, les travailleurs des "autres" services et les manutentionnaires; et ils sont plus rares chez les travailleurs du primaire, de la restauration et les enseignants. Parmi les travailleuses, outre celles des "autres" services, les ouvrières et les enseignantes sont les plus touchées, les manutentionnaires étant contrairement à ceux de sexe masculin largement sous la moyenne de leur sexe.

Graphique 5.8
DIVERS MALAISES
selon l'âge et le sexe



Pour l'ensemble des travailleuses, les migraines sont plus fréquentes dans les années du milieu de la vie active (13,2%, graphique 5.8), particulièrement chez celles dont l'emploi est dans les services autres que la restauration (22,6%); mais cette moyenne cache des différences: ainsi les vendeuses et les ouvrières sont plus touchées que les autres travailleuses en début de vie active, alors que les enseignantes et les travailleuses de la restauration le sont plutôt en fin de vie active (tableau 5.1).

Tableau 5.1: Taux de prévalence des migraines et maux de tête, selon l'âge et le sexe, professions les plus touchées

Sexe et et profession	Groupe d'âge			
	15-29 (%)	30-44 (%)	45-64 (%)	15-64 (stand) (%)
Sexe masculin:				
professionnels	3,2	6,3	8,7	5,9
travailleurs de bureau	2,3	3,5	6,6	3,9
travailleurs des "autres" services	2,0	9,3	1,9	5,1
manutentionnaires et nca	3,9	4,4	8,1	5,2
tous les travailleurs	2,7	4,9	4,2	4,0
sexe féminin:				
enseignantes	10,2	12,3	15,4	12,4
personnel infirmier	5,1	15,8	7,6	10,3
travailleuses de la vente	13,3	9,1	8,2	10,2
travailleuses de la restauration	8,9	7,4	17,7	10,5
ouvrières	13,2	14,1	10,7	13,0
travailleuses des "autres" services	11,2	22,6	9,4	15,6
toutes les travailleuses	10,8	13,2	9,5	11,5

Parmi les travailleurs de sexe masculin, la prévalence des migraines est dans l'ensemble stable à partir de 30-45 ans (graphique 5.8). Cependant, elle croît sensiblement avec l'âge chez les professionnels, les manutentionnaires et les travailleurs de bureau, alors qu'elle atteint un niveau élevé chez les travailleurs des "autres" services dès 30-45 ans (profil analogue à celui des travailleuses de même catégorie professionnelle) (tableau 5.1).

Les cas de fatigue et troubles du sommeil qui persistent depuis plus d'un an sont assez peu fréquents: 0,9% (s.m.) et 2,3% (s.f.), tous âges confondus. Bien que faibles, les taux doublent entre groupes d'âge parmi les travailleurs de sexe masculin (graphique 5.8); chez les travailleuses, ils varient peu suivant l'âge et oscillent entre 2 et 3%. Certains groupes sont plus affectés que d'autres: pour le sexe masculin, ce sont les gestionnaires de moins de 30 ans (5,0%) ainsi que les enseignants de plus de 45 ans (5,5%; mais taux nul chez les enseignantes de même âge). Parmi les femmes, on observe parfois des taux assez élevés parmi les plus âgées (45-64 ans), entre autres chez les professionnelles (7,6%), les travailleuses de la restauration (6,0%) et des "autres services" (5,3%).

Les troubles mentaux (dépression et anxiété principalement), peu répandus de façon chronique avec des prévalences de 1,2% (s.m.) et 2,1% (s.f.), varient selon l'âge et le sexe. Ils semblent légèrement plus fréquents au milieu de la vie active chez les travailleuses, mais sont constants avec l'âge chez les travailleurs (voir: "dépression" au graphique 5.8). Parmi les hommes, les prévalences les plus élevées de troubles mentaux se trouvent soit chez les jeunes, notamment dans la restauration (7,8%) et parmi les professionnels (3,7%), soit chez les travailleurs plus âgés, en particulier ceux du transport (5,1%) et les ouvriers (2,3%).

Parmi les travailleuses, l'angoisse et la dépression se rencontrent plus fréquemment dans les "autres" services (10,6% à 30-44 ans; 4,2% à 45-64 ans, soit respectivement 4 et 2 fois plus que l'ensemble des femmes de même âge), ainsi que chez les gestionnaires (4,4 et 5,7% pour les mêmes groupes d'âge) et les infirmières de plus de 45 ans (3,4%).

On notera que les groupes professionnels qui ont déclaré le plus souvent l'un ou l'autre de ces "malaises", appartiennent à toutes les catégories professionnelles et qu'ils frappent à tour de rôle l'un ou l'autre groupe d'âge. Ils peuvent être occasionnés par une multitude de facteurs, dont les habitudes de vie, les conditions de vie ou de travail, les difficultés personnelles, la capacité individuelle d'affronter le stress, etc.. Il est intéressant de voir que la fatigue, les troubles du sommeil, l'angoisse et la dépression chroniques ne sont pas aussi

prépondérants qu'on pourrait le penser⁴¹. Est-ce parce qu'ils ne sont que les signes avant-coureurs de problèmes de santé plus graves?

5.1.5 Les troubles cardiaques

Il s'agit essentiellement de cardiopathies et d'hypertension, les troubles vasculaires et cérébro-vasculaires étant exclus. Ces problèmes de santé à étiologie multifactorielle sont généralement peu associés à des conditions ou expositions de travail données. On sait cependant qu'ils sont aggravés par le stress, le surmenage, les efforts physiques, quelques habitudes de vie (alimentation, tabac, exercice insuffisant) et la sédentarité. Les taux de mortalité par maladie cardiaque sont plus élevés dans les couches défavorisées de la société si on considère l'ensemble de la population, travailleurs et inactifs (Marmot 1987).

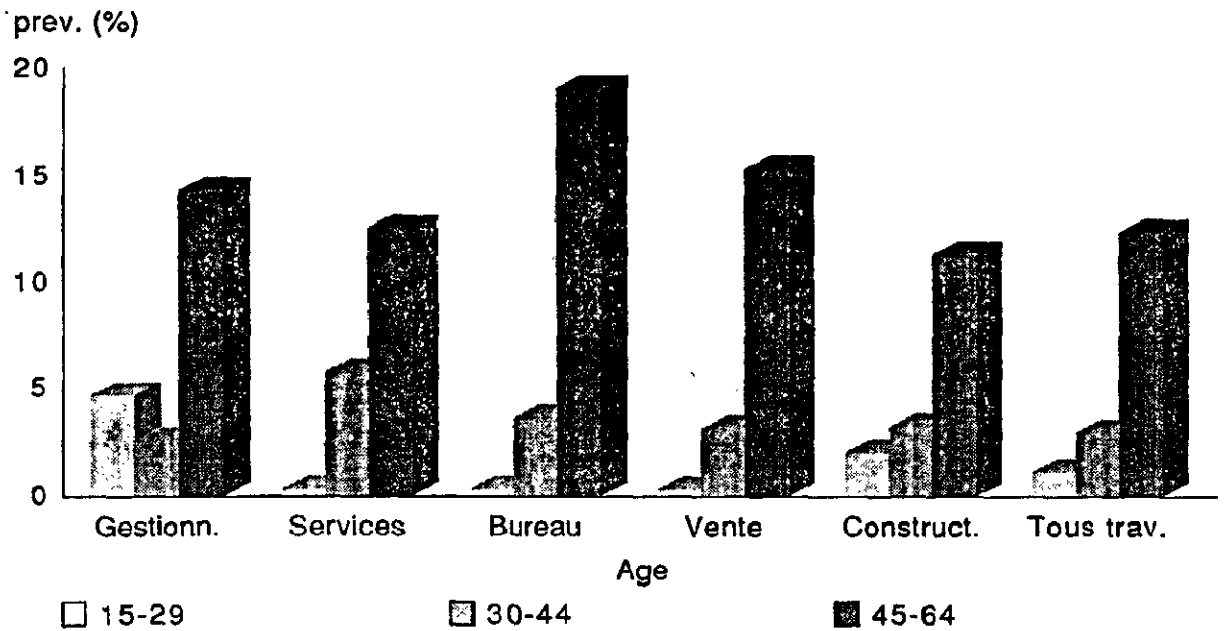
Dans l'enquête Santé Québec, on les trouve surtout parmi les travailleurs du tertiaire : les gestionnaires, les vendeurs, les enseignants et les travailleurs des services, indépendamment du sexe, sont ceux qui présentent les plus fortes prévalences de troubles cardiaques.

Plutôt rares chez les jeunes travailleurs dans l'ensemble, on doit mentionner cependant des taux plus élevés que la moyenne à moins de 30 ans (1,2%) chez les gestionnaires des deux sexes (4,6%, s.m.; 3,7% s.f.), puis dans une moindre mesure chez les travailleurs du bâtiment (2,0%) et les travailleuses des "autres" services (2,4%) (voir graphiques 5.9 et 5.10).

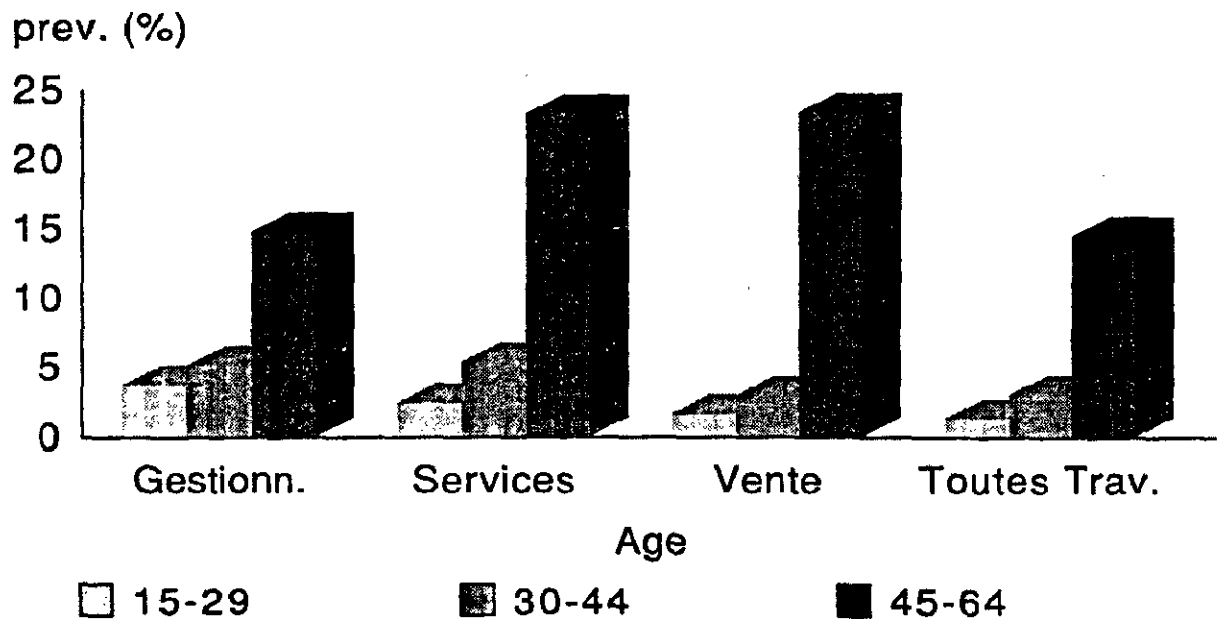
Avec l'âge, l'importance de ce problème croît rapidement. Il se manifeste un peu plus tôt chez les travailleurs des "autres" services des deux sexes (5,7% et 5,3%, s.m. et s.f. à 30-45 ans). Si on observe de fortes prévalences de cardiopathies dans tous les groupes après 45 ans, certaines professions sont plus frappées que d'autres: le travail de bureau (19,0% s.m.), de la vente (23,3% s.f.; 15,3% s.m.), et des "autres" services (23,2% s.f.) (à comparer avec la moyenne des 45-64 ans qui pour les femmes est de 14,4% et pour les hommes de 12,3%). Dans ce même groupe d'âge, ceux qui souffrent le moins de troubles cardiaques sont les professionnels (8,5%, s.m. et 9,2% s.f.), les enseignants de sexe masculin (9,5%) et les infirmières (6,1%).

⁴¹ Si on ne s'était pas restreint aux problèmes présents depuis plus d'un an, on aurait vu que leur prévalence est beaucoup plus élevée. Mais la déclaration de ce type de malaises en particulier, est nettement biaisée en faveur des répondants interrogés directement (voir chapitre 1).

Graphique 5.9
TROUBLES CARDIAQUES
quelques professions, sexe masculin



Graphique 5.10
TROUBLES CARDIAQUES
quelques professions, sexe féminin



On remarque que les professions les plus touchées après 45 ans sont celles du bas de la hiérarchie tertiaire. Il n'est pas impossible que ces travailleurs, dont un bon nombre appartiennent à des couches sociales moins scolarisées, économiquement plus démunies, puissent rencontrer dans leurs milieux respectifs de travail des conditions qui favorisent l'apparition ou l'aggravation de leurs problèmes cardiaques; mais il faut prendre en considération qu'il y a beaucoup de facteurs en cause dans l'étiologie de ces problèmes, dont plusieurs sont mal connus.

Enfin, si la ventilation des résultats permet de cerner un peu mieux des sous-populations de travailleurs en moins bonne santé que la moyenne, il n'est pas sans intérêt de regarder de plus près le phénomène de l'autosélection des travailleurs, compte tenu des différences parfois surprenantes observées entre groupes d'âge pour certains problèmes de santé.

5.2 L'autosélection des travailleurs

On vient de voir que les travailleurs manuels semblent parfois en meilleure santé que les non-manuels, en dépit des nombreux risques d'accident et des expositions nocives auxquelles ils sont soumis dans leurs milieux de travail. L'enquête Santé Québec n'est pas la seule dans laquelle on trouve ce genre de résultats; beaucoup de mesures ponctuelles (ou transversales) de l'état de santé des travailleurs donnent cette impression.

Pourtant, diverses sources confirment la forte prévalence de maladies graves ou de taux de mortalité élevés dans les milieux économiquement défavorisés, d'où proviennent une partie des travailleurs manuels (NHIS 1973; Marmot 1987).

Ce paradoxe n'est qu'apparent et résulte de l'effet combiné de deux phénomènes: le premier est de nature culturelle et influence la déclaration ou la reconnaissance de la maladie (Gervais, 1992)⁴². Le second, le phénomène de l'autosélection lequel contribue à l'apparente bonne santé des travailleurs manuels, est l'objet de cette section.

⁴² A propos du premier phénomène, on a constaté que les membres des couches favorisées de la société, accordent plus d'attention aux signaux du corps et de la maladie, qu'ils consacrent plus de temps à la prévention et qu'ils recourent plus rapidement aux services médicaux dès l'apparition de symptômes morbides. A l'inverse, et pour toutes sortes de raisons, les membres des milieux ouvriers tardent à admettre la présence de la maladie qui peut être assez souvent interprétée comme une défaillance, un échec personnels (Surault, 1979; Boltanski, 1971).

5.2.1 Autosélection et données statistiques

Les personnes qui entrent sur le marché du travail sont, a priori, en assez bonne santé; les capacités physiques des candidats dictent partiellement les choix professionnels et certains métiers sont d'emblée écartés par les individus de faible constitution. Ainsi, dans les emplois exigeants physiquement, une première sélection des travailleurs plus robustes a lieu, dès l'embauche; sélection faite par l'individu lui-même, quand ce n'est pas par l'employeur. Puis avec le temps, une deuxième sélection écarte peu à peu ceux qui deviennent malades ou intolérants à leurs conditions de travail. De sorte que ceux qui restent sont ceux qui se sont le mieux adaptés à leur environnement (Östlin 1989).

Il devient alors plus difficile d'estimer l'effet des risques d'expositions professionnelles, en comparant l'état de santé de ces travailleurs doublement "sélectionnés", à celui des autres travailleurs, les deux sous-populations étant toutes deux affectées par le phénomène, dans un sens ou dans l'autre. D'un côté, il y a les emplois sollicitant les capacités physiques qui sont remplis par des travailleurs en bonne santé, souvent jeunes; de l'autre, les emplois plus "légers" occupés par des travailleurs ayant déjà connu des difficultés de santé, des accidents, ou tout simplement de constitution moins vigoureuse. En d'autres mots, la bonne santé relative des travailleurs masque l'effet véritable de certaines expositions professionnelles.

Dans le même esprit, il est plus délicat ou ardu d'évaluer à partir d'une seule observation, si les maladies de dégénérescence dont souffrent les travailleurs résultent d'un processus normal de vieillissement ou d'une usure prématurée (et potentiellement causée par le travail).

Plusieurs études ont déjà tenté d'estimer l'effet de l'autosélection ("healthy worker effect") sur l'interprétation des données de santé concernant les travailleurs, en particulier ceux qui sont, ou ont été antérieurement, exposés à des environnements présumés nocifs pour la santé. Ces tentatives ont d'abord été faites à partir de comparaisons des taux de mortalité des travailleurs et inactifs, puis de leurs taux de morbidité respective; mais on s'est heurté à des difficultés méthodologiques importantes, le phénomène variant selon les risques étudiés, les maladies, les populations comparées, et l'ancienneté dans l'emploi (McMichael 1988).

Malgré ces écueils, on a pu démontrer, à partir d'histoires professionnelles, que la prévalence de certains problèmes de santé (musculo-squelettiques, surdité, incapacités), était plus forte parmi les travailleurs manuels qui avaient quitté un travail exigeant physiquement,

que parmi les travailleurs qui n'avaient jamais exercé que des travaux légers. De plus, l'état de santé des travailleurs qui étaient passés des travaux légers aux travaux lourds était meilleur que celui des travailleurs qui avaient toujours exercé des travaux lourds (Östlin 1989). De sorte que les écarts de morbidité entre les travailleurs de différents métiers paraissent inférieurs à ce qu'ils sont en réalité quand on tient compte des cheminements professionnels.

Les statistiques des recensements canadiens de 1951 à 1986, montrent que les effectifs des cohortes de travailleurs de sexe masculin diminuent en nombre absolu entre les âges de 35-44 ans et 45-54 ans, soit bien avant l'âge de la prise de la retraite (contrairement à ce qui se passe pour le sexe féminin où l'augmentation des effectifs se continue, même après 45 ans, manifestement influencée par l'accroissement des taux d'activité des femmes). La fraction de ceux qui laissent le marché du travail avant l'âge de 55 ans, correspond à 10% des travailleurs de sexe masculin de 35-44 ans qui étaient présents 10 ans plus tôt ⁴³.

Bien que les mouvements de population active peuvent s'expliquer de diverses façons et se compenser en partie (émigration, décès, retraites anticipées; et dans l'autre sens, immigration, entrée de nouveaux travailleurs, notamment de femmes plus âgées), la perte nette d'une partie des travailleurs de sexe masculin avant l'âge de 55 ans, est un phénomène qui soutient, théoriquement tout au moins, l'hypothèse de l'autosélection, c'est-à-dire de la préretraite obligée pour des raisons de santé, que ce soit par l'effet d'une détérioration progressive de l'état de santé ou par l'impossibilité de réintégrer le marché du travail compte tenu des handicaps acquis.

Cette retraite prématurée peut dépendre de diverses circonstances: impossibilité de reprendre l'ancien travail suite à une blessure grave; difficulté de trouver un emploi adapté aux capacités fonctionnelles, les avenues étant extrêmement réduites quand, au handicap de l'âge, se rajoute une déficience physique; intolérance aux expositions ou conditions du milieu (avec le temps); maladie, etc.

Nous allons tenter d'illustrer brièvement comment ce phénomène d'autosélection apparaît dans les résultats de l'enquête Santé Québec, même si ce type de données -- transversales -- est théoriquement inapproprié pour faire une telle démonstration, puisque l'histoire de travail des enquêtés est inconnue et que les données selon l'âge concernent des générations de

⁴³ Estimations effectuées à partir de données des recensements canadiens présentées par Hervé Gauthier (1991).

travailleurs arrivées à des moments et dans des circonstances différentes sur le marché du travail.

5.2.2 Quelques exemples

L'autosélection implique deux hypothèses : a) la sortie de la vie active des travailleurs malades ou handicapés, et b) la mobilité professionnelle, intra ou intersectorielle, d'une partie des travailleurs vers des emplois plus conformes à leurs capacités. S'il y a effectivement usure ou intolérance croissante aux conditions de travail -- plus dures dans l'industrie (horaires, cadences) --, les travailleurs manuels sont les plus susceptibles d'être ceux qui se déplacent ou quittent le marché du travail.

Pour illustrer le phénomène, nous avons retenu ce qu'on considère souvent comme des maladies d'usure ou de dégénérescence (maux de dos, troubles ostéo-articulaires, troubles cardiaques), ainsi que les séquelles de blessures et les incapacités, soit des "raisons" pour lesquelles on peut choisir de quitter la vie active, ou de se trouver un emploi plus "accommodant".

Les exemples présentés par des graphiques, reprennent quelques-uns des résultats présentés plus haut et mettent en parallèle la prévalence de ces problèmes de santé, selon l'âge, chez les travailleurs et les inactifs principalement; puis pour les grandes catégories professionnelles. Il est vraisemblable qu'une bonne partie des déplacements de travailleurs dictés par une détérioration de l'état de santé, se font au sein d'un même secteur d'activité et parfois aussi dans un même type d'emploi, là où les efforts à fournir sont moindres ou d'une autre nature. Ils échappent donc entièrement à l'observation qui est faite ici.

Contrairement au changement d'emploi qui peut survenir à n'importe quel âge, l'abandon de la vie active aurait plutôt tendance à se faire tardivement; mais nous n'avons aucun moyen de distinguer, parmi les mouvements habituels de la population active, ceux qui sont dûs à des raisons de santé, et encore moins à des problèmes de santé liés au travail. Par sa concentration en fin de vie active, le passage à l'inactivité d'une partie des travailleurs est le phénomène le plus susceptible de ressortir dans les résultats.

On n'a retenu que les hommes: la grande majorité des inactifs de sexe masculin sont vraisemblablement d'anciens travailleurs, alors que ce n'est pas le cas des inactives, dont une

partie n'a jamais travaillé, surtout parmi les plus âgées. Les inactives constituent un groupe hétérogène qui n'a pas été soumis, avec autant d'intensité que les hommes, aux expositions professionnelles. Ce qui ne veut pas dire que le phénomène de l'autosélection est inexistant chez les femmes: il est seulement plus difficile à constater à partir de la banque de données dont on dispose.

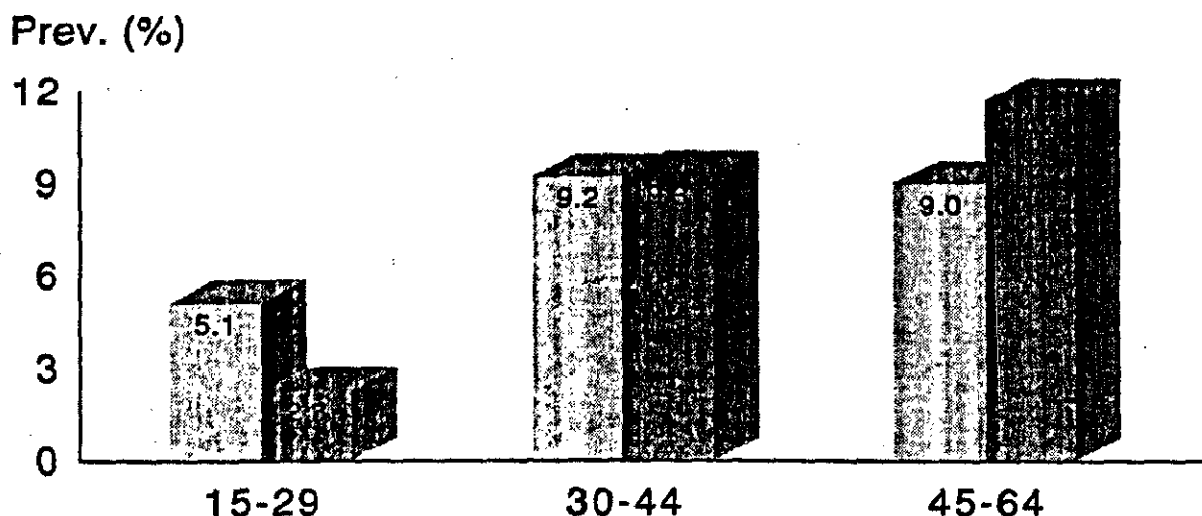
On ne peut bien sûr affirmer que les variations observées sont le résultat du "healthy worker effect"; mais c'est dans l'ordre du vraisemblable.

5.2.2.1 Maux de dos chroniques

a) travailleurs et inactifs

A 15-29 ans, les maux de dos sont plus importants chez les travailleurs que chez les inactifs. Ce qui n'est pas très étonnant quand on sait que les tâches ou métiers non qualifiés sont souvent dévolus aux jeunes qui entrent dans une industrie (tâches de manutention,

Graphique 5.11
MAUX DE DOS
travailleurs et inactifs, sexe masculin



déplacement et soulèvement de charges lourdes, par exemple). Après avoir atteint un même niveau de prévalence dans la tranche d'âge des 30-44 ans, les maux de dos diminuent d'intensité après 45 ans chez les travailleurs, alors qu'ils augmentent chez les inactifs (graphique 5.11). Il pourrait s'agir là d'une indication de l'abandon de la vie active par un certain nombre de travailleurs, lorsque la persistance des maux de dos devient un obstacle à l'exercice d'un métier.

b) catégories professionnelles

Les premières victimes des maux de dos, sont les cols bleus du secondaire. Pourtant, après 45 ans, on observe une légère réduction des prévalences résultant de mouvements contraires: les ouvriers de l'industrie manufacturière connaissent des hausses de prévalence relativement importantes, alors que c'est exactement l'inverse, dans une proportion similaire, chez les travailleurs du bâtiment, du transport et de la manutention, c'est-à-dire ceux-là même que la CSST indemnise le plus souvent pour des maux de dos (cf. plus haut, graphique 5.1).

Parmi les cols bleus du primaire, on assiste à une hausse continue des maux de dos avec l'âge (2,2%, 8,9% et 12,8% pour les groupes d'âge habituels)⁴⁴.

Dans les services, l'émergence des maux de dos est marquée surtout dans la première partie de la vie active (2 à 7%), les emplois de la restauration étant de loin les plus touchés (0,4 à 5,1%; tableau A-3); même si le taux continue d'augmenter par la suite, les effectifs de travailleurs dans cette catégorie d'emploi diminuent considérablement après 45 ans; est-ce un effet de l'autosélection et de la désertion des emplois, ou est-ce un effet du mode de composition de la population active, les cohortes étudiées étant différentes? Dans les "autres" services (restauration exclue), la hausse reste importante (2,5 à 8,0%, entre les 2 premières tranches d'âge). Dans ce cas précis, on peut se demander si le transfert possible de cols bleus vers des emplois peu spécialisés de concierges et gardiens de sécurité, ne contribue pas à cette hausse?

Parmi les cols blancs, l'augmentation la plus forte s'observe chez les gestionnaires entre 15-30 ans et 30-44 ans (2,4 à 10,1%), mais elle est suivie d'une réduction de moitié après 45

⁴⁴ Les travailleurs agricoles, plus que les autres, ne semblent pas enclins à quitter la vie active lorsque leurs problèmes de santé prennent de l'importance. Est-ce le résultat d'une attitude différente face à la maladie et la santé? ou d'un ensemble de conditions sociales, économiques ou culturelles qui font que l'on continue en dépit de la maladie?

ans (5,6%). La chute du stress avec l'expérience et l'âge explique-t-elle une partie de cette baisse? A moins que ce ne soit une meilleure "gestion" des maux de dos?

En somme, contrairement à ce qu'on pourrait attendre, compte tenu du facteur d'usure qui tend à accroître les maux de dos avec l'âge dans l'ensemble de la population, les prévalences se réduisent ou se maintiennent en fin de vie active dans plus de la moitié des catégories professionnelles retenues (tableau A-3); et les réductions les plus fortes s'observent précisément là où les maux de dos étaient les plus importants dans la classe d'âge des 30-44 ans (taux de 10 à 16%). On peut se demander si la nature et les contraintes des tâches de certains métiers jouent un rôle dans ce processus d'élimination des travailleurs les moins robustes, donnant l'illusion d'une stabilisation des problèmes de dos chez les travailleurs de plus de 45 ans: les travailleurs peu enclins au mal de dos de par leur constitution (ou leurs habitudes de vie et de travail) conservant leur emploi et les autres, contraints à l'abandonner, au profit soit d'un autre métier, soit d'un abandon plus ou moins forcé de la vie active.

La nature des données ne permet pas de pousser davantage les hypothèses sur le cheminement des travailleurs, sans compter que de nombreux facteurs, autres que l'état de santé (la répartition du travail par exemple), sont susceptibles d'influencer ces trajectoires.

Ce qui est particulier au mal de dos, c'est qu'il rend sans doute plus difficile que d'autres problèmes de santé, notamment dans une perspective à long terme, la recherche d'occupations adaptées aux capacités physiques des travailleurs atteints. Même dans certains emplois tertiaires où les tâches ne demandent ni efforts physiques ni manutention, la sédentarité des postes n'a rien pour calmer la douleur au dos.

Si on a un peu insisté sur la description de ce problème c'est qu'il est celui qui, à notre avis, appuie le mieux l'hypothèse de l'autosélection. C'est aussi le seul qui suggère aussi clairement qu'il pourrait y avoir retrait de la vie active de la part de travailleurs souffrant du dos. Nous passerons plus rapidement sur les autres exemples. En effet, il est difficile dans les circonstances de démontrer comment la présence de certains problèmes de santé agit, entre autres facteurs, sur les mouvements de la main d'oeuvre. Il nous paraît tout de même intéressant de comparer leur évolution entre sous-populations, même si cette opération ne peut mener à des conclusions fermes sur la sélection des travailleurs, l'objectif étant ici de susciter des questions.

5.2.2.2 Troubles ostéo-articulaires chroniques

Cette catégorie de problèmes de santé comprend l'arthrite, les rhumatismes, ainsi que toutes les maladies du système musculo-squelettique, incluant les atteintes articulaires liées aux mouvements répétitifs à l'exclusion celles qui touchent la colonne vertébrale.

a) travailleurs et inactifs

La progression prévisible de ces maladies avec l'âge, se fait beaucoup plus rapidement chez les inactifs que chez les travailleurs (graphique 5.12), de sorte qu'à 45-64 ans, la prévalence y est deux fois et demie plus élevée (20 et 8% respectivement, à partir d'un même niveau à 15-29 ans). Cette observation suggère que d'anciens travailleurs sont maintenant inactifs en raison de problèmes ostéo-articulaires, lesquels peuvent s'avérer passablement handicapants ou constituer une entrave à une activité régulière et soutenue.

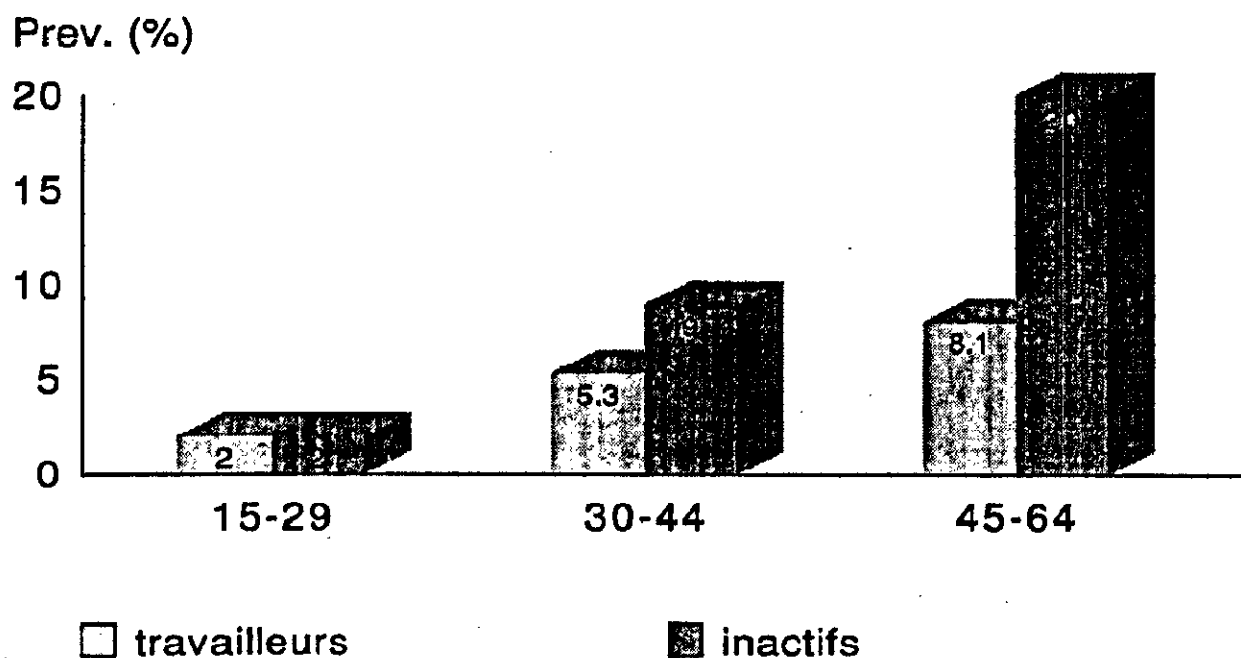
b) catégories professionnelles

Les travailleurs du primaire, les plus touchés par les problèmes ostéo-articulaires, connaissent une hausse très importante dès le début de la vie active, hausse qui se poursuit tout aussi fortement avec l'âge (de 0,4% à 4,5% puis à 18,3% pour les 3 groupes d'âge).

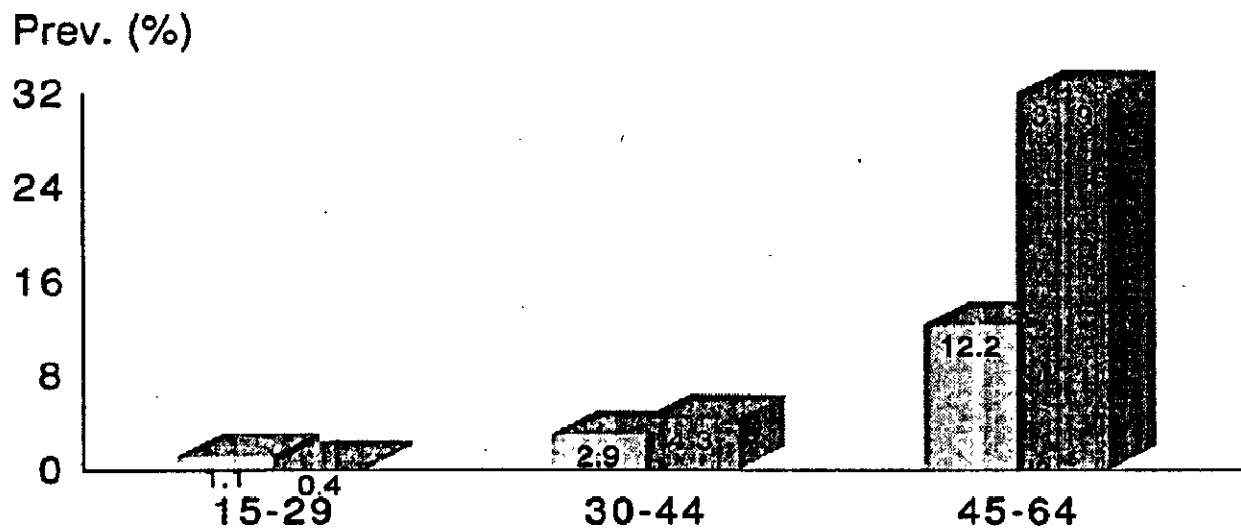
Par contre, on est étonné de voir que les problèmes ostéo-articulaires soient relativement peu élevés parmi les cols bleus de l'industrie manufacturière (et que ce soit aussi parmi eux qu'on enregistre les plus faibles augmentations entre 15-29 et 30-44 ans; tableau A-4 en annexe), alors que cette industrie est ciblée comme source de problèmes ostéo-articulaires liés aux mouvements répétitifs. En fait, l'autosélection joue vraisemblablement un rôle en ne conservant que les individus les moins vulnérables à ces problèmes, donc en atténuant les prévalences, à tout âge. Mais alors, pourquoi est-ce différent chez les travailleurs du primaire?

On compte aussi des groupes de travailleurs parmi lesquels il y a chute plus ou moins prononcée des troubles ostéo-articulaires après 45 ans: les manutentionnaires (5,8 % à 30-44 ans et 4,7% à 45-64 ans), les travailleurs du transport (8,7 et 6,2%) et ceux des "autres" services (12,2 et 7,3%) (cf. tableau A-4); par contre, cette dernière catégorie est celle qui montre la plus forte hausse entre le début et le milieu de la vie active (de 0 à 12,2%), ce qui pourrait être, on l'a déjà évoqué, une conséquence de la sélection induite par la maladie.

Graphique 5.12
TROUBLES OSTEO-ARTICULAIRES
travailleurs et inactifs, sexe masculin



Graphique 5.13
TROUBLES CARDIAQUES
travailleurs et inactifs, sexe masculin



Rappelons que les manutentionnaires et les travailleurs du transport présentaient une courbe analogue, en plus accentué, pour les problèmes de dos: sommet en milieu de vie active et chute par la suite.

5.2.2.3 Troubles cardiaques chroniques

Ils comprennent principalement les cardiopathies et l'hypertension.

a) travailleurs et inactifs

Les jeunes travailleurs souffrent un peu plus de troubles cardiaques que les inactifs de même âge. Mais la relation est rapidement inversée de sorte qu'après 45 ans, les inactifs en déclarent 3 fois plus que les travailleurs (graphique 5.13). Bien que ce type de problème apparaisse avec l'âge et soit aggravé par des facteurs héréditaires, personnels ou sociaux, ce qui frappe le plus est l'amplitude de l'écart entre les travailleurs et les inactifs. On ne peut écarter l'hypothèse qu'une partie des travailleurs quittent la vie active pour cette raison; mais il est encore plus délicat, ici, de distinguer parmi un certain nombre de facteurs, le rôle joué par les conditions et environnements de travail dans l'étiologie de ces maladies.

b) catégories professionnelles

L'évolution du problème se fait de façon à peu près comparable entre les catégories professionnelles, seule l'intensité varie. Les travailleurs du primaire étant plus épargnés que les autres et les cols blancs les plus atteints (à tout âge), on est tenté de faire un rapprochement entre ce type de problème de santé et le stress vécu par certains travailleurs, notamment dans les organisations du secteur tertiaire (graphique 5.9).

Curieusement, ceux qui, à 45-64 ans, déclarent le moins de troubles cardiaques sont les professionnels (8,5%) et les enseignants (9,5%, alors que la moyenne est 12,3% pour tous les travailleurs de sexe masculin), deux groupes qui, à 30-44 ans, comptent parmi les plus éprouvés (4,9 et 5,2%, par rapport à 2,9% pour l'ensemble). Est-on ici encore devant un effet de sélection des travailleurs? est-ce un effet de génération? ou les deux à la fois?

5.2.2.4 Lésions et incapacités

Ce qui est appelé "lésion" correspond aux suites chroniques de traumatismes (ou blessures) et intoxications déclarés par les travailleurs, quelle qu'en soit l'origine; les incapacités traduisent la présence de limitations d'activité depuis au moins 6 mois. Il est vraisemblable qu'il existe des recoupements entre les deux.

a) travailleurs et inactifs

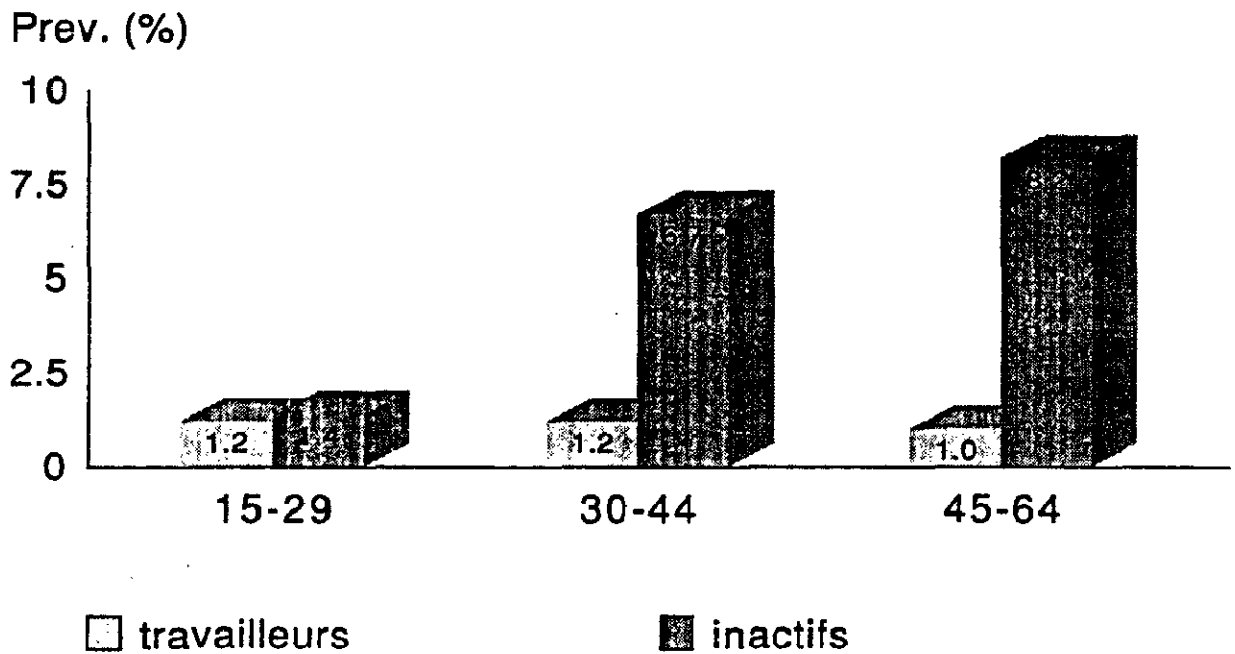
Tel que le montrent les graphiques 5.14 et 5.15, la prévalence des suites de lésions reste constante avec l'âge parmi les travailleurs, alors que la prévalence des incapacités suit une courbe légèrement croissante (1,9 et 4,2%, en début et fin de vie active, respectivement); en contrepartie, parmi les inactifs, l'intensité de ces problèmes et notamment les incapacités, explose littéralement plus on avance en âge (3,9 et 30,2%). Les écarts extrêmement marqués entre les deux sous-populations indiquent d'abord qu'il est difficile de rester sur le marché du travail avec de tels problèmes de santé; ils laissent entendre aussi qu'un lien de causalité, au moins partiel, entre le travail et l'état de santé de ces inactifs, n'est pas exclu. Les individus atteints, particulièrement les plus âgés, sont pour beaucoup d'anciens travailleurs devenus inactifs pour toutes sortes de raisons dont quelques-unes sont, selon toute vraisemblance, consécutives à des accidents ou lésions professionnelles.

La comparaison des mêmes taux chez les femmes montre que la prévalence de l'incapacité n'atteint pas, parmi les inactives, la moitié de ce qu'elle est chez les inactifs, bien qu'à 15-29 ans, les taux des inactifs masculins et féminins soient égaux (voir plus haut, tableau 4.1). Quant aux suites de traumatismes et intoxications chez les inactives, elles sont, dans le dernier groupe d'âge, 5 fois moins élevées que chez les inactifs (1,7% s.f. par rapport à 8,2% s.m.)⁴⁵.

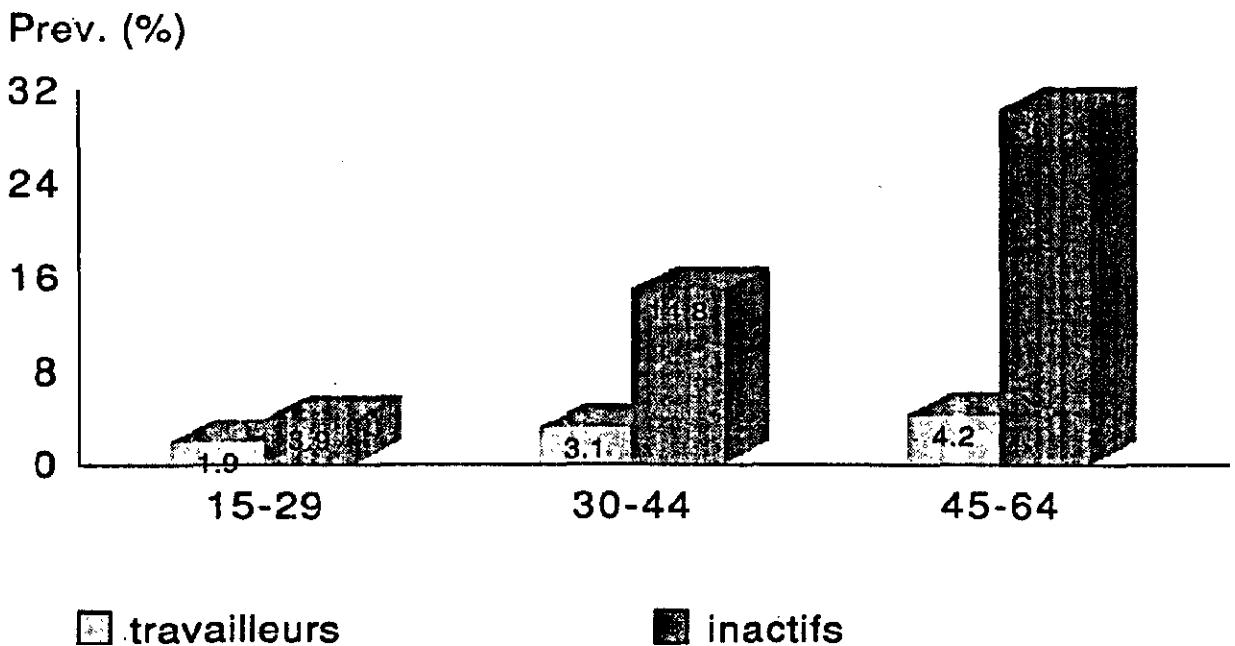
Sans prétendre être concluants, ces derniers chiffres ainsi que les graphiques suggèrent que l'abandon de la vie active en raison de handicaps devenus trop gênants et limitant les possibilités d'emploi, pourrait être attribuable, au moins en partie, à des suites d'accidents du travail.

⁴⁵ Dans cette mise en parallèle, il ne faut pas sous-estimer l'importance des accidents de la route, du sport et de la vie quotidienne, plus fréquents chez les hommes que parmi les femmes.

Graphique 5.14
SUITES CHRONIQUES DE LESIONS
travailleurs et inactifs, sexe masculin



Graphique 5.15
INCAPACITES PROLONGEES
travailleurs et inactifs, sexe masculin



b) catégories professionnelles

Il y a peu à dire sur les suites de lésions et blessures, sauf si l'on retient comme possible indicateur d'autosélection, de plus fortes prévalences au milieu qu'en fin de vie active. On observe alors que les chutes sont plus importantes chez les travailleurs des services (de 2,8% à 1,2%) surtout ceux de la restauration, chez les travailleurs agricoles (2,1% à 0%) et chez les manutentionnaires (2,6% à 1,4%).

Quant aux incapacités, suivant le même critère de sélection, c'est auprès des travailleurs de la restauration et des manutentionnaires qu'elles auraient le plus fort pouvoir d'"expulsion" ou d'autosélection. Il est vraisemblable qu'ici aussi ce phénomène joue un rôle d'atténuation des taux de croissance. Dans chacun de ces cas, des hypothèses différentes viennent à l'esprit pour "expliquer" la cohabitation de l'incapacité avec l'exercice du métier.

5.2.2.5 Autres problèmes de santé

Dans ce qui précède, nous avons retenu des maladies étroitement associées au vieillissement physiologique de l'organisme comme les problèmes cardiaques, les maux de dos et les maladies ostéo-articulaires. Mais d'autres problèmes qui ne font pas partie des maladies de dégénérescence, comme les allergies, peuvent constituer des empêchements suffisants pour l'exercice d'un métier quand les niveaux de tolérance individuelle sont dépassés.

Ainsi, dans l'hypothèse où la présence d'allergies aurait pour conséquence la réorientation professionnelle des travailleurs vers des métiers ne présentant pas les mêmes irritants, la quasi-disparition des problèmes d'allergies diverses qui étaient importants chez les jeunes travailleurs agricoles constitue un exemple frappant d'intolérance aux conditions d'exposition et d'impossibilité de poursuivre le même travail ⁴⁶.

⁴⁶ Si on considère l'ensemble des problèmes -et non seulement les chroniques-, on constate que la prévalence des "réactions allergiques diverses" chute radicalement chez les travailleurs agricoles entre les groupes 15-29ans (9,8%) et 30-44 ans (2,0%). En se limitant aux allergies chroniques seulement, la chute est aussi importante: de 7,4 à 1,6% (le taux passe de 5,4 à 4,4% pour l'ensemble des travailleurs masculins de même âge). D'autres groupes de travailleurs, les enseignants et les infirmiers (s.m.) notamment, connaissent aussi des réductions significatives de prévalence. Par ailleurs, l'évolution des troubles cutanés chroniques des manutentionnaires est également spectaculaire: 13,1% à 15-29 ans et 1,4% à 30-44 ans (2,4% à 45-64 ans); à comparer à l'ensemble des travailleurs s.m.: 5,0%, 4,3% et 3,1%.

5.3 EN CONCLUSION

Plusieurs de nos résultats vont dans le sens de l'autosélection et appuient plus clairement, pour des raisons évidentes, la plus radicale de ses manifestations: l'abandon de la vie active. Ce type d'hypothèse est difficile à démontrer sans la moindre donnée rétrospective et à partir d'une analyse de données transversales. L'effet potentiel d'autres facteurs (socio-culturels, migration, antécédents de santé, histoire professionnelle, accès à la pré-retraite, etc.) sur les problèmes retenus ne pouvant être pris en considération, l'autosélection se présente comme une avenue d'interprétation mais non comme une certitude, encore moins dans ses liens de cause à effet avec le travail.

Du reste il faut bien distinguer dans ce phénomène, deux aspects du vieillissement: l'effet du travail sur l'usure prématurée des travailleurs, et l'effet du vieillissement biologique "normal" sur la capacité de travailler .

Seules des études longitudinales pourront mesurer ou démontrer le phénomène de façon probante.

6. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

6.1 RESUME

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en tenant compte des réserves évoquées au tout début. En premier lieu, il ne s'agissait pas d'une enquête portant sur le travail et son organisation, en relation avec la santé, mais bien d'une enquête de santé générale incluant quelques informations sur le travail. Les résultats, tout en décrivant l'état de santé des travailleurs, ne permettent pas d'identifier des caractéristiques du travail qui pourraient être à l'origine des maladies déclarées.

En second lieu, il s'agit d'une enquête transversale, c'est-à-dire que les informations sont saisies à un moment donné, sans retour sur le passé; l'absence de données longitudinales ou rétrospectives ne permet aucun lien de cause à effet, au mieux, des présomptions peuvent être établies, des hypothèses et des questions peuvent être posées.

Finalement, nous avons vu, dans un premier rapport, que des facteurs culturels, méthodologiques et des phénomènes de sélection affectaient les données soit dans le sens d'une meilleure déclaration des maladies ou au contraire d'une sous-estimation, ces effets variant selon le sous-groupe de population considéré. Il a été possible, croyons-nous, de réduire sensiblement l'effet de ces biais en sélectionnant les maladies présentes depuis plus d'un an (chroniques) et les incapacités prolongées (plus de 6 mois); en limitant les comparaisons entre professions à l'intérieur de segments donnés de la population active (cols blancs, travailleurs des services et cols bleus); en analysant aussi souvent que possible les données séparément pour les travailleurs et les travailleuses; et en conservant des effectifs aussi importants que possible dans chacune des catégories professionnelles.

L'analyse renseigne sur l'état de santé général des travailleurs et sur les groupes qui présentent des problèmes de santé particuliers susceptibles de prendre de l'ampleur dans les années à venir, pour toutes sortes de raisons, pas nécessairement liées au travail lui-même.

On a identifié quelques groupes de travailleurs dont l'état de santé laisse beaucoup à désirer. Parmi eux, on compte les hommes et les femmes qui exercent des professions situées dans le bas de la hiérarchie professionnelle du tertiaire: employés des services personnels,

concierges, travailleurs de la restauration, de la vente, employés de bureau. Les prévalences observées pour plusieurs des problèmes de santé étudiés sont souvent dans ces populations de travailleurs, au rang des plus fortes enregistrées pour l'ensemble des actifs. Et c'est un peu plus marqué pour les travailleurs de sexe féminin. On observe également que l'incapacité prolongée est répandue parmi eux, quoiqu'elle le soit davantage chez les travailleurs des services et de la restauration de sexe masculin et chez les travailleuses de bureau.

Les cols bleus, pour différentes raisons déjà signalées, ne se disent pas en aussi mauvaise santé qu'on pourrait s'y attendre compte tenu de leur mortalité. Malgré cela, on observe que pour le sexe masculin, les manutentionnaires sont ceux qui présentent le plus grand nombre de problèmes chroniques (et souffrent le plus de maux de dos chroniques); pour les deux groupes de travailleuses cols bleus --ouvrières des manufactures et manutentionnaires -- les premières présentent un moins bon bilan de santé que les secondes. Dans l'ensemble des travailleurs manuels, le problème le plus souvent déclaré est le mal de dos pour le sexe masculin, les maux de tête et migraines et les troubles ostéo-articulaires pour le sexe féminin. On a constaté que les employés des transports (camionneurs, chauffeurs d'autobus, etc) pour lesquels on a enregistré surtout des maux de dos et des troubles ostéo-articulaires, s'absentaient plus fréquemment que les autres travailleurs de leur travail, pour des raisons de santé. On note aussi que les allergies respiratoires, déclarées beaucoup moins souvent par les cols bleus que par les autres travailleurs, apparaissent comme le deuxième problème en importance chez les ouvriers manufacturiers de sexe masculin, après les maux de dos. Les manutentionnaires de sexe féminin présentent un profil différent de celui de leur collègues masculins: souffrant un peu moins du dos, leurs ennuis sont d'abord d'ordre digestif, ou respiratoire (asthme et bronchite).

Les travailleurs qu'on classe généralement parmi les privilégiés, ceux qui détiennent des emplois de col blanc dans le haut de l'échelle professionnelle, gestionnaires, professionnels, enseignants et infirmiers, ont aussi leurs problèmes de santé. Ils sont davantage confrontés aux différents types d'allergies, surtout respiratoires, mais aussi aux maux de dos et aux troubles cardiaques. Le profil des travailleuses diffère légèrement, les maux de tête et migraines et les troubles ostéo-articulaires prenant parfois plus de place que les maux de dos. Les gestionnaires des deux sexes sont plus vulnérables aux troubles cardiaques.

De façon générale, dans le tertiaire, certains ennuis de santé couramment associés aux travailleuses ont, toutes proportions gardées, une importance comparable chez les travailleurs

de sexe masculin qui appartiennent à la même catégorie d'emploi: c'est le cas des allergies, des maux de tête, de la fatigue et des troubles du sommeil, ainsi que des troubles mentaux. Est-ce que les milieux de travail communs auraient quelque chose à voir dans cette parenté ?

En somme, les principaux problèmes de santé qu'ont déclaré les travailleurs sont les allergies, les maux de dos, les troubles ou douleurs ostéo-articulaires et les troubles cardiaques; les travailleuses ont déclaré, en plus, être fréquemment atteintes de maux de tête et migraines.

Les maux de dos constituent un problème fort gênant pour un travailleur; leur évolution suivant l'âge est particulière. On voit des prévalences plus faibles de maux de dos après 45 ans dans certains des groupes professionnels les plus exposés à ce genre de problèmes, comme les travailleurs de la construction, les employés des transports, les travailleurs forestiers et miniers, les manutentionnaires, les infirmières et les ouvrières. Cette observation suggère qu'il pourrait exister au cours de la vie active d'un individu, une mobilité professionnelle qui résulte, au moins partiellement, de l'état de santé et selon laquelle les travailleurs moins jeunes se dirigeraient vers des métiers moins exigeants sur le plan de la performance ou des contraintes d'ordre physique. S'il n'y a pas tout simplement abandon de la active.

L'évolution suivant l'âge des prévalences d'autres problèmes de santé handicapants, comme les troubles cardiaques et dans une moindre mesure les troubles ostéo-articulaires⁴⁷, laisse également entendre que les ennuis de santé d'une fraction de travailleurs ont pu être acquis, en gros, dans la première moitié de leur vie active, ce qui les aurait contraints à changer de métier par la suite. On se trouve ici face au problème de l'usure des individus et à la mobilité professionnelle qui s'ensuit, ce qui est une manifestation de l'autosélection ou "healthy worker effect".

On réalise aussi en regardant les choix professionnels des travailleurs qui souffrent de handicaps et de ceux qui s'absentent le plus souvent pour raison de santé (et qu'on peut présumer plus vulnérables que d'autres à la maladie) qu'il existe des emplois refuges pour

⁴⁷ L'absence de découpage de l'ensemble des problèmes ostéo-articulaires a pu noyer certains phénomènes. Un regroupement qui aurait pu mettre en évidence les pathologies dont le développement a déjà été associé en médecine du travail à l'exercice de métiers donnés, aurait peut-être suivi une évolution comparable à celle des maux de dos. Nous n'avons pas fait ce découpage en raison de la confusion qui entourait les déclarations de diagnostics des problèmes musculo-squelettiques et leur interprétation.

accueillir ces travailleurs: ce sont les services, la restauration, la vente et le travail de bureau. Les emplois de cols bleus ou de travailleurs du primaire comptent relativement moins de travailleurs atteints d'incapacité, pour des raisons évidentes.

On peut s'interroger sur la montée spectaculaire des problèmes ostéo-articulaires, non seulement là où il y a des mouvements répétitifs, mais aussi dans les métiers les moins valorisés du tertiaire, en particulier chez les jeunes femmes et chez les plus âgées. L'usure prématurée de l'organisme suite à l'exercice d'un autre métier ne peut pas toujours être invoquée, non plus que les conditions extra-professionnelles qui caractérisent ces travailleurs; il nous paraît important de ne pas rejeter la possibilité que les emplois tertiaires moins prestigieux comportent eux aussi leurs agresseurs, qu'on cherche à en comprendre la forme et les manifestations et de quelle façon ils peuvent être des facteurs aggravants dans le cas d'individus à la santé déjà abîmée ou fragile.

De telles hypothèses cependant ne pourront être démontrées qu'à travers des analyses longitudinales qui permettront de recueillir de l'information sur le cheminement professionnel des travailleurs et l'évolution de leur état de santé en parallèle.

Finalement, on remarque qu'au milieu de la vie active, les migraines, maux de tête et maux de dos⁴⁸ occupent une place prépondérante. Durant cette période de la vie, le cumul des charges familiales et professionnelles, ainsi que le stress (parfois associé aux maux de dos) sont le lot de beaucoup de travailleurs, et pourraient éventuellement constituer des facteurs aggravant ou favorisant la présence de ces problèmes.

⁴⁸ Il faut signaler que les maux de dos, dans l'ensemble de la population, active et inactive, augmentent moins rapidement passé le seuil critique du milieu de la vie: la croissance de ce problème ne suit pas une pente régulière avec l'âge. Des résultats analogues ont été observés dans d'autres pays. Une hypothèse d'ordre physiologique a été avancée pour expliquer cette évolution étonnante compte tenu du processus dégénératif de l'organisme avec l'âge: le durcissement des parties mobiles de la colonne vertébrale, diminuerait les pressions et écrasements d'où une réduction de la douleur (Kirkaldy-Willis, Farfan 1982).

6.2 REPERCUSSIONS POSSIBLES SUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL

La population active évolue constamment, en nombre et en structure, par l'effet de plusieurs facteurs, démographiques d'abord (âge, sexe, migration, avec leurs implications en termes de comportements individuels face au marché du travail: entrées, retours, mobilité professionnelle, retraites), mais aussi économiques (métiers nouveaux, technologies nouvelles, etc.). Les modifications de sa composition suivant l'âge et le sexe ainsi que celles de sa répartition par profession ont des répercussions sur plusieurs plans dont celui de la santé.

6.2.1 Composition par âge

La réduction de la fécondité qui est à l'origine du vieillissement démographique des populations, au Québec comme ailleurs en Occident, a commencé à avoir des répercussions sur la population active au début des années 80 alors que les effectifs de jeunes de 15 à 24 ans qui entraînent sur le marché du travail ont commencé à décliner, entraînant une réduction importante du taux de croissance de la population active (0,8% par an entre 1981 et 1986, par rapport à 2,8% entre 1976 et 1981) et le début de son vieillissement⁴⁹.

Contrairement à ce que l'on peut croire, le vieillissement de la population active n'est pas dû à l'augmentation de la fraction des travailleurs âgés (55 ans et plus) qui diminue régulièrement depuis 1971: au contraire, leur poids relatif a diminué⁵⁰. La réduction importante des taux d'activité des hommes de 60-64 ans entre 1971 et 1986 (75% à 53%) a probablement été encouragée par les programmes de pré-retraite, que l'on commence à remettre en question.

Le vieillissement est davantage lié à la montée du groupe d'âge intermédiaire, celui des 25-44 ans, dont la part ne cesse de croître depuis 20 ans, en particulier dans la dernière décennie,

⁴⁹ Les informations chiffrées de cette section proviennent de l'étude de Hervé Gauthier (1991).

⁵⁰ Il était de 12,8% en 1971 ; et de 9,9% en 1986. (Gauthier, p. 23, tableau 1.4).

alors que le poids des moins de 25 ans a considérablement diminué⁵¹. Il est possible que le recensement de 1991 attribue à ce groupe d'âge intermédiaire une fraction moindre de travailleurs (à moins que la contribution de nouveaux immigrants actifs n'ait été généreuse dans l'intervalle censitaire), mais il ne serait pas étonnant de trouver une plus grande fraction de travailleurs dans la tranche d'âge supérieure, celle des 45-54 ans, qui inclut aujourd'hui les toutes premières générations du "baby boom".

Comme le fait remarquer H. Gauthier, le vieillissement de la population active est, pour le moment, beaucoup moins marqué que celui de l'ensemble de la population. Cependant, dans vingt ans, il sera manifeste, les générations intermédiaires seront arrivées en fin de vie active. Les maux de dos, dont a constaté la forte montée depuis une décennie, sont plutôt associés aux années du milieu de la vie active. Peut-être aura-t-on un peu de répit de ce côté, ou tout au moins une stabilisation.

Par contre, les problèmes musculo-squelettiques, prennent beaucoup d'importance avec l'âge; si leur étiologie en relation avec le travail a été démontrée dans certains métiers, la grande majorité des cas enregistrés ne peut prétendre relever de causes professionnelles. Mais on ne pourra ignorer le fait que la population active qui vieillit en souffre en proportion de plus en plus importante; il faudra prévoir des aménagements de l'emploi qui tiennent compte de cette réalité.

Compte tenu de la nature parfois handicapante de l'ensemble de ces problèmes musculo-squelettiques, il n'est pas improbable qu'ils soient invoqués plus fréquemment comme problème de santé au travail, même si leur origine professionnelle n'est pas certifiée. L'étiologie d'un problème de santé tient à de nombreux facteurs, mais dans les cas où la nature des tâches rend le travail plus pénible, celle-ci peut être reconnue comme facteur aggravant ou déclencheur, et se rapproche du même coup de la définition des lésions qui sont susceptibles d'être indemnisées.

Les problèmes cardiaques qui se rencontrent davantage parmi les travailleurs du tertiaire, sont beaucoup plus répandus parmi les travailleurs de plus de 45 ans. Bien que les facteurs professionnels soient encore peu mis en cause dans leur étiologie, il n'est pas exclu qu'on

⁵¹ En 1971, les travailleurs de 25-44 ans représentaient 43,4% de l'ensemble de la population active; en 1976: 45,7%; en 1981: 48,4%; en 1986: 54,0% (tableau 1.4, p.23) Le groupe d'âge qui a le plus bénéficié de la hausse des effectifs absolus est celui des 35-44 ans, tant chez les hommes (+ 18%) que chez les femmes (+ 36%). Dans ce dernier cas, une partie de la forte hausse s'explique vraisemblablement par le retour ou l'entrée sur le marché du travail de mères de familles.

vienne à en considérer quelques-uns (notamment dans l'organisation du travail) comme facteurs aggravants dans une population âgée plus vulnérable.

On peut aussi s'attendre à ce que les allergies sous quelque forme que ce soit, diminuent en nombre absolu, puisque les individus qui en déclarent le plus, seront de moins en moins nombreux.

L'usure de l'organisme, prématurée ou "normale", et une réalité que l'on ne peut contourner et qui affectera de plus en plus de travailleurs; car un problème de santé générale qui affecte un travailleur, peut rapidement devenir un problème de santé au travail.

6.2.2 Composition par sexe

Durant les années 1971-1986, de plus en plus de femmes sont devenues actives. En 1971, les femmes représentaient le tiers de la population active, en 1986, 42%, et en 1991, on estime qu'elles ne sont plus très loin de la moitié.

Le taux d'activité féminin a augmenté entre 1981 et 1986 dans pratiquement tous les groupes d'âge, sauf chez les très jeunes et les plus âgées. Les hausses ont été particulièrement marquées pour les groupes d'âge situés entre 25 et 54 ans, les augmentations dépassant souvent 10 à 15%. En contrepartie, tous les taux d'activité masculins ont diminué sauf ceux des groupes d'âges entre 35 et 49 ans qui se sont maintenus⁵². En d'autres mots, les femmes sont responsables de 93% de l'augmentation de la population active entre 1981 et 1986. Leur participation au marché du travail augmente rapidement, celle des hommes décline constamment.

L'analyse des taux par génération permet de supposer selon H. Gauthier que "le taux d'activité des femmes continuera d'augmenter sur le simple effet des générations" (p.33). Cette hypothèse a toutes les chances de se réaliser d'autant plus que les mères ayant des enfants d'âge préscolaire semblent de moins en moins freinées dans leur participation à la vie active par leurs obligations familiales. Bien au contraire! leur taux d'activité était de 61% en 1986 par rapport à 49% 5 ans plus tôt et 30% 10 ans auparavant.

⁵² Le nombre de femmes actives a augmenté de 124 mille dans l'intervalle de 5 ans; celui des hommes actifs de 9000, ce qui correspond à des taux de croissance des effectifs de 10% pour les femmes et de 1/2 de 1% pour les hommes.

La féminisation de la population active se manifeste aussi à travers le fait que les travailleuses choisissent en plus grand nombre des métiers traditionnellement occupés par les hommes. Ces métiers sont principalement ceux de gestionnaire, médecin, professionnel des sciences naturelles, du génie et des mathématiques, et aussi, quoique dans une proportion beaucoup plus faible, des emplois dans l'agriculture, les transports, et la construction.

La part des problèmes de santé des travailleurs de sexe masculin qui peut être attribuée aux contraintes physiques ou psychologiques des métiers, est susceptible de se retrouver chez les travailleuses qui occupent les mêmes métiers, quoique les manifestations peuvent être différentes pour des raisons physiologiques, anatomiques ou psycho-sociales, les femmes ne réagissant pas nécessairement de la même façon que les hommes à des agresseurs communs.

Les troubles ostéo-articulaires sont le problème de santé le plus caractéristique des travailleuses. Il est prévisible que ces problèmes prennent de l'ampleur, ne serait-ce qu'à cause de l'augmentation du nombre absolu de femmes dans la population active. Elles en sont affectées surtout en fin de vie active (mais aussi à tout âge), les travailleuses les plus touchées étant celles qui occupent les métiers du bas de la hiérarchie tertiaire, là où elles constituent une bonne partie de la main d'oeuvre.

On sait aussi que la précarité de l'emploi, importante dans ces secteurs, est associée à un roulement plus fréquent de main d'oeuvre avec ses conséquences en termes de plus grande accidentabilité. Les taux d'activité des femmes continuant d'augmenter dans toutes les tranches d'âge, les travailleuses pourraient tenir une place de plus en plus grande dans le bilan des lésions professionnelles d'autant plus que leurs taux d'incidence des accidents du travail "assez graves" augmentent avec l'âge.

D'autres problèmes de santé comme les malaises divers (maux de tête et migraines, fatigue et troubles du sommeil), ainsi que les absences du travail, sont plus souvent observés chez les travailleuses que chez les travailleurs. D'après Vézina et Vinet (1988), ces mécanismes de compensation ou ces manifestations de pathologies mineures peuvent être précurseurs de pathologies plus graves, conduisant parfois à l'incapacité. Ils reconnaissent qu'il n'est pas toujours facile d'établir le lien entre ces problèmes et un environnement de travail donné. Par ailleurs, il faut composer avec l'introduction des nouvelles technologies dans de nombreux emplois (souvent occupés par des femmes: secrétaires, caissières, téléphonistes, et les métiers qui ont intégré l'informatique dans les processus de travail), ces emplois étant

susceptibles d'entraîner des contraintes de temps supplémentaires qui, en retour, créent des pressions sur l'état de santé général. Il importe donc de trouver un équilibre entre les exigences de ces nouveaux emplois et la préservation de la santé.

6.2.3 Répartition par profession

Depuis quelques décennies, on a observé des changements importants dans la répartition des travailleurs par profession. La tendance indique nettement une croissance des emplois des secteurs tertiaires au détriment de ceux du primaire et du secondaire. Par exemple, au cours des 25 années qui ont précédé le recensement de 1986⁵³, on note que plus de 90% de l'augmentation d'un peu plus d'un million deux cent mille travailleurs enregistrée dans l'intervalle⁵⁴ est due à une croissance dans les emplois de cols blancs ou de travailleurs des services, le pourcentage étant le même pour les hommes et les femmes.

De 1981 à 1986, le nombre de travailleurs de sexe masculin a diminué en nombres absolus parmi les employés de bureau, parmi les ouvriers et les travailleurs du transport. Par contre il a augmenté dans les emplois de gestionnaires et de professionnels, dans la vente et les services⁵⁵.

Durant cette période le nombre de travailleuses a fortement augmenté, les gains étant surtout marqués dans les emplois de vendeuses (surtout des jeunes), des services, de bureau, mais aussi, dans le haut de la hiérarchie socio-professionnelle comme gestionnaires et médecins. Par contre, le nombre des ouvrières et des manutentionnaires déclinait sensiblement⁵⁶.

⁵³ Les données du recensement de 1991 à ce sujet ne sont pas encore disponibles.

⁵⁴ Il s'agit ici de la "population active expérimentée" qui, selon la définition de Statistique Canada, exclut les personnes n'ayant pas travaillé dans les 17 mois précédant le recensement. Plus haut (section 6.2.2) la définition de population active est la définition couramment utilisée et inclut les chômeurs de longue durée.

⁵⁵ Les pertes les plus importantes se situent parmi les ouvriers du secteur manufacturier (-28 800), parmi les travailleurs de bureau (-11 600) et les travailleurs des transports (-6 800); quant aux gains les plus visibles, on les a enregistrés chez les gestionnaires (+17 500), les professionnels (+ 10 000), et les vendeurs (+ 5 000), (Gauthier, p. 87, tableau 5.1)

⁵⁶ La hausse la plus importante d'effectifs chez les femmes a été observée chez les directeurs gérants et administrateurs (+31000), les travailleuses de la vente (+20445), des services (+17370), de bureau (+ 15000), et de la santé (surtout des médecins) (+ 14 000), ainsi que les professionnelles (+ 15 000), soit au total 123 000 non manuelles de plus (85 000 cols blancs et 38 000 dans les services); alors que la plus forte baisse d'effectifs a eu lieu dans les emplois d'ouvrières des manufactures (-10 600), (Gauthier, p. 87, tableau 5.1).

Les immigrants interprovinciaux et internationaux influencent aussi la composition professionnelle. D'abord par le mouvement migratoire lui-même, puis par les taux d'activité et les choix de secteurs d'emploi qui les caractérisent. Pour ce qui est immigrants internationaux (présents en 1986), on remarque que les actifs de sexe masculin ont choisi davantage, toutes proportions gardées, les métiers de professionnel, de travailleur des services ou d'ouvrier du secteur manufacturier. Et la fraction de ceux qui travaillent dans les services et les manufactures est plus forte pour les immigrants plus récents, cette fraction étant environ le double de celle qu'on enregistre pour les travailleurs nés au Canada. (Gauthier, p.55). Dans l'ensemble de la population immigrée, il y a un peu plus de directeurs et administrateurs que parmi les Canadiens de souche.

La propension pour une femme immigrée de choisir un métier d'ouvrière est 4 fois supérieure à celle d'une travailleuse née ici. Cette propension passe à près de 6 fois si l'immigration est récente (1978-1986). Les conséquences de la répartition professionnelle des immigrants, en termes de demandes sur le système de santé et sécurité du travail, sont difficiles à évaluer, les facteurs culturels ou économiques susceptibles de les influencer étant très peu connus à l'heure actuelle.

En somme, de ce qui précède, il ressort une augmentation des taux d'activité des femmes à tout âge, sauf en tout début et toute fin de la vie active, faisant contrepoids à une réduction des taux d'activité masculins⁵⁷. Ces gains, surtout féminins, sont répartis de façon à peu près égale entre les emplois du bas et du haut de la hiérarchie des emplois tertiaires. Par ailleurs les immigrants ont de plus en plus tendance à se concentrer dans les emplois d'ouvriers ou dans les services.

Bon nombre de ces métiers sont pratiqués par des travailleurs qui présentent des pathologies parfois graves. Même si l'origine de ces problèmes ne peut être attribuée à des causes professionnelles, on ne peut nier leur existence et le fait que les travailleurs qui en souffrent ont besoin de milieux de travail qui pour le moins ne contribuent pas à l'aggravation de leurs problèmes de santé.

⁵⁷ Signalons aussi que les femmes qui ont des enfants à la maison sont celles qui contribuent le plus à l'augmentation de la présence des femmes sur le marché du travail. Elles choisissent davantage que celles qui n'ont pas d'enfants, le temps partiel. Les secteurs d'emploi choisis le sont en conséquence: 1/3 de ces femmes sont employées de bureau, 12% sont dans les services, 10% dans le domaine de la santé, 8% sont dans l'enseignement, et tout autant sont ouvrières, ou vendeuses (Gauthier p.81, tableau 4.13).

6.3 Recommandations

Elles sont surtout d'ordre méthodologique. Cette étude nous a confrontée à la frustrante réalité des limites des données et de leur interprétation.

Notre première recommandation est de recueillir des données sur la santé des travailleurs qui soient le moins possible affectées par l'effet de sélection. En d'autres mots, seules des études longitudinales, s'adressant à des travailleurs, anciens et actuels, peuvent rencontrer cet objectif qui est fondamental pour la recherche sur les interactions entre les milieux de travail et la santé et la sécurité du travail. On se doute bien que tous les problèmes de santé ne sont pas dûs au travail: mais seules ces études de suivi des travailleurs permettront de confirmer ce qui revient au travail et ce qui revient aux autres facteurs qui agissent sur la santé: habitudes de vie, elles mêmes associées au statut socio-économique, facteurs individuels, héréditaires, etc. Pour conclure sur l'existence d'un rapport de causalité entre le travail et l'usure des travailleurs -- une des causes de la sélection --, des études de suivi des travailleurs sont indispensables.

L'effet de l'environnement de travail sur la santé ne peut pas être mesuré à partir de données ponctuelles sans prendre en compte l'effet des expositions antérieures, professionnelles et autres. Les constats de mauvaise santé que nous avons faits, notamment chez une partie des travailleuses qui ont une histoire plus récente d'entrée sur le marché du travail, ont vraisemblablement été influencés par d'autres facteurs. Mais comment les identifier et surtout comment s'assurer d'agir sur les véritables causes professionnelles, le cas échéant, s'il n'y a pas de données rétrospectives?

En outre, ces études longitudinales devraient porter sur des questions bien cernées, documentées et suffisamment précises pour que les résultats anticipés répondent aux besoins en informations nouvelles et bien établies.

Notre seconde recommandation est un rappel: il faut trouver un moyen d'éviter les biais majeurs liés à l'utilisation d'un répondant par ménage: on pourrait le faire en s'assurant que les tiers-répondants soient représentatifs, selon l'âge, le sexe et la profession de l'ensemble de la population enquêtée. Il est plus difficile d'éviter les effets de l'appartenance culturelle dans les enquêtes et la formulation des questions devient ici un facteur important. On pourrait concevoir des questionnaires capables d'aller chercher de l'information sur des

manifestations de problèmes de santé sans qu'ils n'aient été nécessairement identifiés comme tels par les répondants.

Ces recommandations n'impliquent pas forcément des coûts supplémentaires, mais elles requièrent sûrement de l'imagination et de la rigueur dans la cueillette de données de santé concernant les travailleurs.

7. CONCLUSION

L'univers de la santé tel que présenté dans cette étude couvre un champ beaucoup plus vaste et passablement différent de celui de la santé et de la sécurité au travail. D'un côté, celui des enquêtes de santé générale, on trouve ce que les travailleurs ressentent comme malaises, symptômes et gênes dans la vie de tous les jours ou, en d'autres mots, une auto-évaluation de la santé qui fait une assez petite part aux lésions professionnelles. De l'autre côté, celui de la santé et sécurité au travail, on est confronté aux blessures subies durant ou à l'occasion du travail ainsi qu'aux maladies professionnelles reconnues, diagnostiquées et dont l'étiologie est reliée, au moins partiellement, à l'environnement de travail.

L'intérêt d'analyser des données d'enquête auprès de l'ensemble de la population, pour la recherche en santé et sécurité du travail, est manifeste quand on réalise que la santé est une entité qui ne se découpe pas facilement en sections étanches correspondant à la vie au travail et à celle qui se passe en dehors des heures de travail. La santé (et la sécurité) au travail est une des composantes de la santé dans son ensemble, un des champs dans lequel la prévention générale de la maladie peut s'appliquer. Même si la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles est sous la responsabilité principale des milieux de travail, son efficacité serait probablement accrue s'il y avait une plus grande reconnaissance, de la part des travailleurs, des conséquences qu'ont sur leur état de santé général, leurs habitudes et leurs modes de vie.

Malgré les réserves déjà exprimées dans un rapport précédent - et rappelées au début de l'étude sur la portée et l'interprétation de la morbidité ressentie, il reste que celle-ci reflète les préoccupations des gens, et nous renseigne sur certains groupes de travailleurs que l'on connaît moins bien à travers les fichiers d'indemnisation de la CSST. Les résultats nous donnent accès à un portrait différent de l'état de santé des travailleurs puisqu'il s'agit de morbidité générale; ils permettent une mise en perspective pour le moyen et le long terme des problèmes qui sont les plus susceptibles de prendre de l'ampleur en SST comme en santé globale.

Dans cette vision à long terme, laquelle voit la fraction des travailleurs âgés augmenter de même que celle des femmes et des travailleurs du tertiaire, émerge notamment le besoin déjà manifesté d'améliorer les organisations du travail -- dont certains aspects comme les

cadences, le manque d'autonomie, de latitude, de contrôle, les modes de rémunération -- sont de plus en plus fréquemment identifiées comme facteurs liés à la genèse des accidents et aussi à la montée de certaines maladies professionnelles. Mais les mécanismes par lesquels ces facteurs agissent sur la santé sont assez peu connus. Ces caractéristiques de l'organisation du travail et leurs conséquences sont parfois aggravées par des éléments de nature économique qui touchent aussi les travailleurs, la précarité de l'emploi, par exemple. Les besoins de recherche dans ce domaine sont importants pour mieux comprendre les interactions entre tous les facteurs.

Il ne nous viendrait pas à l'idée d'attribuer aux conditions et environnements de travail, la principale responsabilité de la répartition différenciée des maladies chez les travailleurs: les facteurs sociaux, culturels, personnels et même génétiques de chaque individu contribuent aussi à façonner l'état de santé. Mais, ces différences de distribution par profession constituent néanmoins un outil pour identifier, sinon des problèmes directement liés au travail, des problèmes auxquels les milieux de travail devront tôt ou tard faire face parce qu'ils affectent leur main d'oeuvre.

En dehors de la part de responsabilité que le milieu de travail pourra éventuellement accepter dans l'apparition ou l'aggravation d'une partie des problèmes de santé mentionnés plus haut, il reste qu'entretiens, il serait souhaitable de trouver des aménagements ou des moyens qui permettent de composer avec les situations observées; les solutions à court et moyen termes passent de plus en plus par la promotion de la santé générale dans les lieux de travail.

En effet, dans une population active vieillissante, les individus de santé fragile ou médiocre risquent d'allonger les listes des prestataires des caisses d'indemnisation des lésions professionnelles, même si les liens entre un travail et des problèmes de santé donnés ne peuvent être établis directement. Il suffit souvent que le facteur aggravant puisse être associé au milieu ou aux heures de travail.

Il importe de préciser les objectifs de tels programmes de promotion ainsi que les groupes qui pourraient en bénéficier en priorité. L'élaboration des objectifs, faite en collaboration avec les principaux intéressés, employeurs, travailleurs, y compris des spécialistes qui soient rompus aux problèmes de santé propres aux travailleurs, devrait accorder une attention spéciale aux jeunes travailleurs qui sont sans doute les plus susceptibles de profiter à long terme des efforts qui seront faits pour améliorer la santé générale de la population active. Les travailleurs les plus défavorisés sur le plan socio-économique, appartiennent souvent à

des groupes de professions caractérisées par la dispersion (les employés des services en sont le meilleur exemple); il est plus difficile de les réunir ou de les atteindre; pourtant, les besoins de ces groupes sont particulièrement élevés tant sur le plan de l'information sanitaire que sur celui des moyens existants pour préserver ou accéder à une meilleure santé.

La promotion de la santé sur les lieux de travail est une avenue déjà envisagée par un certain nombre d'employeurs qui mettent au service de leurs employés des services de consultation, organisent des périodes d'exercice durant les heures de travail, et informent des effets sur la santé de certaines habitudes de vie. C'est une formule qui gagnerait à être développée et plus largement diffusée: les employeurs qui en ont fait l'essai semblent convaincus qu'ils y trouvent leur compte, les absences pour maladie ayant diminué sensiblement (Convergence 1991).

C'est en fait, croyons-nous, un emprunt fort judicieux au modèle japonais de relations de travail, dans lequel on voit l'entreprise se préoccuper du bien-être de ses employés et mettre en place divers services qui lui sont destinés, avec en bout de ligne une amélioration du rendement et une réduction de l'absentéisme à son niveau minimal.

BIBLIOGRAPHIE

Ableson, J., Paddon, P., Strohmenger, C., Perspectives sur la santé, Statistique Canada, Cat. 82-540, 1983, 117p.

Abrams, H.K., "Aggravation of lung disease", Scandinavian Journal of Working and Environmental Health, 1984, 10: 487-493.

Beaupré, R., "L'absentéisme au Québec: données sommaires pour 1986-1987", Le marché du travail, décembre 1987, p. 69-77.

Boyer, R., "Sur l'épidémiologie des maladies mentales: mise à jour des données récentes", Santé mentale au Québec, 1990, 15(2): 73-88.

Brabant, C., Messing, K., "Sexe faible" ou travail ardu?, ACFAS 1990, Les cahiers scientifiques no 70, 114 p.

Bureau international du Travail, Le travail de nuit, Rapport V, Conférence internationale du Travail, 76e session, Genève, 1989.

Boltanski, L., "Les usages sociaux du corps", Annales Economies Sociétés Civilisations, 1971, 26(1): 205-233.

Calnan, M., Johnson, B., "Health, health risks and inequalities: an exploratory study of women's perceptions", Sociology of Health and Illness, 1985, 7(1): 55-75

Cassou, B. et al (sous la direction de), Les risques du travail, Éditions de la découverte, Paris 1985, 640 p.

Charraud, A., Devouassoux, J., Morel, B., "Consommation médicale: évolution 1970-80 et disparités", INSEE, Données sociales, 1984: 359-387.

Collins, G., Thornberry, O.T., "Health Characteristics of Workers by Occupation and Sex: United States, 1983-85", U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, Advance Data, 1989, 168.

Convergence, Bulletin du Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, 7 (3) 1991, p. 1-9.

Cox, T., Thirlaway, M., Cox, S., "Occupational well being: sex differences at work", Ergonomics, 1984, 27 (5): 499-510.

CSST, Direction des Communications, "L'absentéisme chez les infirmières", Prévention au travail, 1990, 3(3): 3-4.

CSST, Direction des Communications, "Le travail des femmes: rose ou noir? ", Prévention au travail, 1992a, 5(1): 15-28.

CSST, Direction des Communications, "L'épuisement professionnel: prévenir au lieu de guérir", Prévention au travail, 1992b, 5(3): 8-13.

CSST, "Féminisation de la main d'oeuvre; impact sur la santé et la sécurité du travail", Vers l'an 2000, Service de l'évaluation de programmes et de la prospective, 1992c, 1(2).

Defares, P.B., Brandjes, M., Nass, C.H.Th., Van der Ploeg, J.D., "Coping styles and vulnerability of woman at work in residential settings", Ergonomics, 1984 27(5): 527-545.

Demeules, M. et Boucher, S., "Les maladies respiratoires professionnelles", L'Actualité médicale 9 novembre 1988, p.34-37.

Desplanques, G., "A 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manoeuvres 34 ans seulement", Economie et Statistique, octobre 1973, 49: 1-19.

Dillard, S., Objectif: santé, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, 1984, 217p.

Dillard, S., L'espérance de vie en bonne santé, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1982.

Fox, A.J., Goldblatt, P.O., Longitudinal Studies: sociodemographic mortality differentials (1971-75), Office of Population Censuses and Surveys, Series LS, no1, HMSO, London, 1982, 227 p.

Gauthier, H., La population active au Québec: aspects démographiques Les publications du Québec, 1991, 141 p.

Gervais, M., Interprétation des enquêtes de santé, Rapport de recherche 057, IRSST, 1992.

Goldstein, M.S., Siegel, J.M., Boyer, R., "Predicting changes in perceived health status", American Journal of Public Health, 1984, 74(6): 611-614.

Gove, W., Hughes, M., "Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health", American Sociological Review, 1979, vol 44 (1): 126-146.

Guyon, L. "La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec", Cahiers québécois de démographie, 1988 17 (2): 193-212.

IRSST, Direction des Communications, dossier: "Lésions attribuables au travail répétitif", L'IRSST, 1991, 8 (3): 4-15.

Janjaut, H., "Maladies professionnelles - indicateur de prévention", 2ièmes Journées d'hygiène industrielle, Suze la Rousse, France, sept. 1986.

Kirkaldy-Willis, W.H., Farfan, H.F., "Instability of the lumbar spine", Clinical Orthopedics, 1982, 165: 110-123.

Laraine, T.Z., Weinstein, H.M., "Sex differences in the impact of work on physical and psychological health", American Journal of Psychiatry, 142 (10): 1174-1178.

Lees, R.E.M., "Allergy and Occupation", Canadian Family Physician, 1982, 28: 725-729.

Léonard, C., Van Ameringen, M.-R., Dolan, S., Arsenault, A., "Absentéisme et assiduité au travail: deux moyens d'adaptation au travail?", Relations industrielles, 1987, 42(4): 774-787.

Malo, J.L., "L'asthme professionnel: rapport du comité spécial de la Société de thoracologie du Canada", Le Clinicien, 1988, 3(3): 57-84.

Marmot, M.G., Kogevians, M., Elston, M.A., "Social/Economic Status and Disease", American Review of Public Health, 1987, 8: 111-135.

Martin, J.K., Miller, G.A., "Job Satisfaction and Absenteeism", Work and Occupations, 1986, 13(1): 33-46.

McMichael, A.J., "Assigning handicaps in the mortality stakes: an evaluation of the "healthy worker effect"", Journal of Occupational Health and Safety- Aust. NZ, 1988, 4 (3): 207-215.

Messing, K., La santé et la sécurité des travailleuses canadiennes, Travail Canada, 1991.

MSSS, Et la santé, ça va?, rapport de l'Enquête Santé Québec 1987, Québec, 1988, 337 p.

NCHS (National Center for Health Statistics), Health Characteristics by Occupation and Industry of Longest Employment, Vital and Health Statistics, NHS Series 10, 1989a, no 168, 105 p.

NCHS, "Health Characteristics of Workers by Occupation and Sex: United States, 1983-85", Advance Data from Vital and Health Statistics, no 168, 1989b.

NCHS, "Current Estimates From the National Health Interview Survey, 1989", Vital and Health Statistics, NHS Series 10, 1990, no 176, 221 p.

Nguyen Van Hiep, Goyer, N., Donnini, G., "Something in the air", Occupation Health and Safety Canada, 1988, 4(6): 30-33.

NHIS, Current Estimates from Health Interview Survey: U.S. 1971, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Vital and Health Statistics, 1973, Series 10, no 79.

Östlin, Piroška, "The 'health-related selection effect' on occupational morbidity rates", Scandinavian Journal of Social Medicine 17: 265-270, 1989

Paquet, G. Santé et inégalité sociales, Coll.: "Documents de recherche" no 21, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989, 132 p.

Perrault, C., Les mesures de santé mentale: possibilités et limites de la méthodologie utilisée, Santé Québec, Cahier technique 87-06, p. 21-23.

Pines, A., Skulkeo, K., Pollak, E., Peritz, E., et Steif, J., "Rates of sickness absenteeism among employees of a modern hospital: the role of demographic and occupational factors", British Journal of Industrial Medicine, 1985, 42: 326-335.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., Légaré, G., La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec, Enquête Santé Québec, Les Cahiers de Recherche, no 7, 1992, 54 p.

Quéinnec, Y., Teiger, C., de Terssac, G., Le travail posté, Travaux de l'Université de Toulouse-Le Mirail, Série B, tome 2, 1985.

Robichaud, L., "Les dermatoses professionnelles: sauvons notre peau", Prévention au travail, 1989, 2(2): 7-12.

Rosenbaum, P.; Bursten, J., Etude spéciale sur les groupes qui composent la main oeuvre active, Série de rapports techniques, Enquête Promotion Santé Canada, Santé et Bien-être Social Canada, 1988.

Santé et Bien être social Canada et Statistique Canada, La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête Santé Canada, Ottawa, 1981, 243 p.

Statistique Canada, "Profession", Caractéristiques de la population et des logements, Recensement Canada 1986, Catalogue 93-112, Ottawa, 1989.

Surault, Pierre, L'inégalité devant la mort, Economica, Paris, 1979, 140 p.

Vézina, M., Cousineau, M. Mergler, D., Vinet, A., Pour donner un sens au travail: Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, Gaetan Morin éditeur, 1992, 179p.

Vinet, A., Vézina, M., "Des conditions de travail nuisibles à la santé", Interface, 1988, 9 (2): 17-21.

Wilcolsky, T., Wing, S., "The healthy worker effet", Scandinavian Journal of Working Environmental Health, 1987, 13: 70-72.

Yeun-chung Yu, "La démographie et les incapacités", Bulletin démographique des Nations Unies, 1991, no. 30: 68-89.

ANNEXE A:

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau A-1: Prévalence des problèmes chroniques selon l'âge et le sexe, travailleurs et inactifs

Problème de santé	Âge	Hommes			Femmes		
		Travailleurs	Inactifs	Rapport trav/inac	Travailleuses	Inactives	Rapport trav/inac
allergies respiratoires	15-29	9,3	9,3	1,00	11,3	9,1	1,24
	30-44	7,8	3,8	2,05	8,3	6,8	1,22
	45-65	3,7	2,5	1,48	5,5	3,4	1,62
	15-64	7,3	5,3	1,38	8,6	6,7	1,28
maux de dos	15-29	5,1	2,3	2,22	4,4	3,7	1,19
	30-44	9,2	9,3	0,99	8,8	9,2	0,96
	45-65	9,0	11,7	0,77	8,2	11,9	0,69
	15-64	7,8	7,6	1,03	7,2	8,1	0,89
migraines	15-29	2,7	2,1	1,29	10,8	6,7	1,61
	30-44	4,9	6,5	0,75	13,2	14,1	0,94
	45-65	4,2	4,6	0,91	9,5	11,1	0,86
	15-64	4,0	4,6	0,87	11,5	11,0	1,05
troubles ostéo-articulaires	15-29	2,0	2,1	0,95	4,2	4,2	1,00
	30-44	5,3	9,0	0,59	7,5	9,0	0,83
	45-65	8,1	20,0	0,41	21,2	29,1	0,73
	15-64	4,9	9,5	0,52	9,9	12,5	0,79
réactions allergiques	15-29	5,4	6,4	0,84	10,7	8,6	1,24
	30-44	4,3	3,6	1,19	8,2	6,5	1,26
	45-65	2,1	1,6	1,31	5,2	6,0	0,87
	15-64	4,1	4,0	1,03	8,3	7,1	1,17
troubles cutanés	15-29	5,0	6,6	0,76	10,2	7,5	1,36
	30-44	4,3	5,9	0,73	8,2	8,7	0,94
	45-65	3,0	5,3	0,57	5,2	5,7	0,91
	15-64	4,2	6,0	0,70	8,1	7,6	1,07
troubles digestifs	15-29	1,9	1,3	1,46	3,9	3,3	1,18
	30-44	5,0	4,7	1,06	6,7	5,5	1,22
	45-65	6,4	11,7	0,55	7,7	11,7	0,66
	15-64	4,3	5,3	0,81	6,0	6,3	0,95
troubles cardiaques	15-29	1,1	0,4	2,75	1,3	1,6	0,81
	30-44	2,9	4,3	0,67	3,0	4,2	0,71
	45-65	12,2	31,9	0,38	14,4	26,1	0,55
	15-64	4,6	9,9	0,46	5,3	8,8	0,60
maladies respiratoires	15-29	1,9	3,2	0,59	3,5	4,2	0,83
	30-44	1,0	1,5	0,67	2,3	3,5	0,66
	45-65	2,9	7,2	0,40	3,4	4,9	0,69
	15-64	1,8	3,5	0,51	3,0	4,1	0,73
troubles mentaux	15-29	1,3	1,7	0,76	1,4	1,7	0,82
	30-44	1,2	3,6	0,33	2,7	4,9	0,55
	45-65	1,2	5,6	0,21	2,1	5,5	0,38
	15-64	1,2	3,5	0,34	2,1	4,4	0,53
fatigue, insomnie	15-29	0,4	0,2	2,00	1,6	0,9	1,78
	30-44	0,9	2,4	0,38	2,7	3,2	0,84
	45-65	1,7	4,6	0,37	2,4	6,8	0,35
	15-64	0,9	2,2	0,41	2,3	3,4	0,68

Tableau A-2: Nombre annuel moyen de jours d'absence du travail selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle

Sexe et catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29	30-44	45-64	15-64 (stand.)
Sexe masculin:				
travailleurs du transport	1,43	14,29	40,00	16,53
enseignants et infirmiers	2,14	10,71	8,57	7,23
travailleurs de la restauration	2,86	10,00	3,57	6,11
ouvriers des manufactures	8,57	7,14	7,14	7,61
travailleurs de bureau	4,29	2,14	1,43	2,49
travailleurs de la vente	5,00	2,86	7,14	4,69
travailleurs agricoles	2,14	5,71	4,29	4,23
travailleurs des "autres" services	7,86	6,43	12,14	8,41
travailleurs de la construction	8,57	4,29	6,43	6,27
gestionnaires et professionnels	5,00	5,71	4,29	5,09
manutentionnaires	9,29	5,71	5,00	6,75
travailleurs de la forêt et de mines	3,57	2,14	1,43	2,45
tous les travailleurs	6,43	6,43	7,86	6,70
Sexe féminin:				
travailleuses du transport				
enseignantes et infirmières	9,29	9,29	6,43	8,41
travailleuses de la restauration	10,71	3,57	13,57	8,49
ouvrières	5,71	10,00	5,00	7,25
travailleuses de bureau	8,57	10,00	6,43	8,73
travailleuses de la vente	8,57	10,00	19,29	11,73
travailleuses des "autres" services	3,57	5,71	3,57	4,70
gestionnaires et professionnelles	6,43	10,00	9,29	8,38
manutentionnaires	0,71	2,86	1,43	1,97
toutes les travailleuses	7,86	8,57	8,57	8,56

Tableau A-3: Prévalence des maux de dos chroniques selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle

Sexe et catégorie professionnelle	Groupe d'âge		
	15-29	30-44	45-64
Sexe masculin:			
gestionnaires	2,4	10,1	5,6
professionnels	3,5	6,4	7,6
enseignants	5,0	8,9	10,4
personnel infirmier	7,8	4,2	---
travailleurs de bureau	6,7	8,3	8,3
travailleurs de la vente	4,9	8,8	8,5
travailleurs de la restauration	0,4	5,1	13,8
travailleurs des "autres" services	2,5	8,0	7,6
travailleurs agricoles	2,6	7,9	16,1
travailleurs de la forêt et des mines	1,2	10,7	6,0
ouvriers manufacturiers	6,1	8,8	12,7
travailleurs de la construction	4,7	14,1	8,8
travailleurs du transport	9,1	10,0	5,5
manutentionnaires	9,4	15,8	9,0
tous les travailleurs	5,1	9,3	9,0
Sexe féminin:			
gestionnaires	1,5	13,3	1,3
professionnelles	3,0	2,9	6,9
enseignantes	1,3	4,3	10,1
personnel infirmier	2,2	10,5	5,8
travailleuses de bureau	5,2	8,2	11,1
travailleuses de la vente	6,3	10,1	10,5
travailleuses de la restauration	2,2	8,1	8,0
travailleuses des "autres" services	7,1	15,0	6,5
travailleuses agricoles	---	---	---
travailleuses de la forêt et des mines	---	---	---
ouvrières	4,7	11,6	5,3
travailleuses de la construction	---	---	---
travailleuses du transport	---	---	---
manutentionnaires	0,0	11,5	5,3
toutes les travailleuses	4,4	8,8	8,2

Note: Les taux en italique sont calculés sur de petits dénominateurs (voir tableau A-5): les interpréter avec prudence. Quant aux tirets, ils indiquent l'impossibilité de calculer des taux, les effectifs étant pratiquement inexistantes.

**Tableau A-4: Prévalence des troubles ostéo-articulaires chroniques
selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle**

Sexe et catégorie professionnelle	Groupe d'âge		
	15-29	30-44	45-64
Sexe masculin:			
gestionnaires	3,6	4,5	3,9
professionnels	1,3	5,6	4,0
enseignants	0,0	5,2	6,4
personnel infirmier	0,0	5,0	---
travailleurs de bureau	3,1	4,7	7,7
travailleurs de la vente	1,6	6,2	12,2
travailleurs de la restauration	2,2	3,8	12,4
travailleurs des "autres" services	0,0	12,2	7,3
travailleurs agricoles	0,3	3,7	13,2
travailleurs de la forêt et des mines	0,8	5,8	28,8
ouvriers manufacturiers	2,2	3,5	7,6
travailleurs de la construction	3,5	3,5	10,4
travailleurs du transport	4,5	8,7	6,2
manutentionnaires	2,0	5,8	4,7
tous les travailleurs	2,0	5,4	8,1
Sexe féminin:			
gestionnaires	0,0	1,5	9,9
professionnelles	3,7	5,3	21,8
enseignantes	4,4	10,3	15,0
personnel infirmier	4,0	8,5	16,1
travailleuses de bureau	3,4	6,5	21,2
travailleuses de la vente	5,4	8,4	31,3
travailleuses de la restauration	10,5	10,3	21,9
travailleuses des "autres" services	1,6	14,9	29,8
travailleuses agricoles	---	---	---
travailleuses de la forêt et des mines	---	---	---
ouvrières	5,8	4,1	22,8
travailleuses de la construction	---	---	---
travailleuses du transport	---	---	---
manutentionnaires	1,0	8,0	10,2
toutes les travailleuses	4,2	7,5	21,2

Note: Les taux en italique sont calculés sur de petits dénominateurs (voir tableau A-5): les interpréter avec prudence. Quant aux tirets, ils indiquent l'impossibilité de calculer des taux, les effectifs étant pratiquement inexistantes.

Tableau A-5: Nombre de travailleurs selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle, échantillon de l'enquête Santé Québec, 1^{er} questionnaire (QRI)

Sexe et catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29	30-44	45-64	15-64
Sexe masculin:				
gestionnaires	106	376	345	827
professionnels	239	471	182	892
enseignants	37	137	87	261
personnel infirmier	48	46	9	103
travailleurs de bureau	199	223	140	563
travailleurs de la vente	310	343	256	909
travailleurs de la restauration	130	106	37	273
travailleurs des "autres" services	194	190	167	551
travailleurs agricoles	69	78	73	221
travailleurs de la forêt et des mines	28	48	36	111
ouvriers manufacturiers	546	725	405	1 676
travailleurs de la construction	201	316	230	748
travailleurs du transport	101	236	132	469
manutentionnaires et nca	173	158	84	415
tous les travailleurs	2 382	3 455	2 181	8 018
Sexe féminin:				
gestionnaires	72	199	79	350
professionnelles	199	211	78	488
enseignantes	74	210	117	401
personnel infirmier	140	220	115	474
travailleuses de bureau	824	821	329	1 973
travailleuses de la vente	253	211	134	598
travailleuses de la restauration	177	136	77	390
travailleuses des "autres" services	155	148	104	406
travailleuses agricoles	12	15	15	42
travailleuses de la forêt et des mines	1	0	1	2
ouvrières	105	173	147	425
travailleuses de la construction	4	5	0	9
travailleuses du transport	6	11	7	24
manutentionnaires et nca	44	39	39	123
toutes les travailleuses	2 064	2 399	1 242	5 705

Tableau A-6: Nombre de travailleurs ayant répondu au deuxième questionnaire (QAA) selon l'âge, le sexe et la catégorie professionnelle

Sexe et catégorie professionnelle	Groupe d'âge			
	15-29	30-44	45-64	15-64
Sexe masculin:				
gestionnaires	93	293	268	654
professionnels	184	369	145	698
enseignants	36	122	70	228
personnel infirmier	38	32	7	77
travailleurs de bureau	163	192	120	475
travailleurs de la vente	220	281	196	697
travailleurs de la restauration	84	79	25	189
travailleurs des "autres" services	163	141	127	432
travailleurs agricoles	51	60	55	166
travailleurs de la forêt et des mines	21	37	28	86
ouvriers	391	600	306	1 298
travailleurs de la construction	139	247	191	577
travailleurs du transport	82	169	98	349
manutentionnaires et nca	143	132	71	346
tous les travailleurs	1 809	2 755	1 706	6 269
Sexe féminin:				
gestionnaires	66	150	63	279
professionnelles	172	177	65	414
enseignantes	65	172	93	330
personnel infirmier	110	175	86	370
travailleuses de bureau	625	656	276	1 556
travailleuses de la vente	200	155	102	457
travailleuses de la restauration	135	92	61	289
travailleuses des "autres" services	117	117	74	307
travailleuses agricoles	8	12	10	30
travailleuses de la forêt et des mines	1	0	1	2
ouvrières	73	150	105	328
travailleuses de la construction	3	4	0	7
travailleuses du transport	4	3	7	14
manutentionnaires et nca	32	29	26	87
toutes les travailleuses	1 611	1 891	968	4 470

ANNEXE B:

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Dépendance à l'alcool selon les indices Cage et DSM III

Les deux indices ont été mesurés par Santé Québec qui mettait en garde les utilisateurs contre la valeur subjective des résultats. Il semblerait que ces indices sont influencés dans un sens ou l'autre par le sentiment de culpabilité ou le déni face aux excès de consommation.

Les valeurs trouvées par sexe et catégorie professionnelle apparaissent aux tableaux B-1 et B-2. Compte tenu des différences de niveau entre les sexes, les ratios permettent d'identifier les catégories professionnelles les plus touchées, respectivement pour chaque sexe. Les proportions relatives diffèrent selon que l'on regarde l'un ou l'autre indice, mais il reste une certaine cohérence. L'indice Cage mesure la fraction des travailleurs jugés "à risque" surtout en fonction de questions sur l'excès de consommation; quant au DSM III il traduit davantage la dépendance établie d'après les problèmes de comportement qui ont été déclarés.

Des études ont mis en évidence le fait que "comme la consommation de cigarettes, la consommation d'alcool semble correspondre à une stratégie d'adaptation aux problèmes de stress"; l'étude mentionne aussi que "les grands buveurs ne se répartissent pas uniformément dans toutes les couches de la société. Ils se caractérisent surtout par le manque de maîtrise de leur environnement. Parmi les catégories professionnelles, les grands buveurs se concentreraient surtout chez les ouvriers... et les femmes instruites qui occupent des postes supérieurs." (Paquet 1989). Les résultats présentés plus bas rejoignent en partie ces constats.

Tableau B-1: Fraction des travailleurs classés "à risque" pour la consommation d'alcool selon l'indice Cage, par sexe et catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Travailleurs		Travailleuses	
	%	Incidence (ensemble = 100)	%	Incidence (ensemble = 100)
gestionnaires	19,5	120	8,5	127
professionnels	14,9	92	10,1	151
enseignants	0,86	53	5,5	82
personnel infirmier	0,70	43	7,9	118
travailleurs de bureau	16,9	104	6,1	91
travailleurs de la vente	14,6	90	8,4	125
travailleurs de la restauration	16,6	102	8,3	124
travailleurs des "autres" services	17,5	108	3,2	48
travailleurs agricoles	11,9	73		
travailleurs de la forêt et des mines	17,0	105		
ouvriers	15,8	98	4,5	67
travailleurs de la construction	17,8	110		
travailleurs du transport	17,7	109		
manutentionnaires et nca	19,0	117	5,4	81
tous les travailleurs	16,2	100	6,7	100

Tableau B-2: Fraction des travailleurs ayant une dépendance à l'alcool d'après l'indice DSMIII, par sexe et catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Travailleurs		Travailleuses	
	%	Indice (ensemble = 100)	%	Indice (ensemble = 100)
gestionnaires	9,6	94	3,7	112
professionnels	7,1	70	4,9	148
enseignants	5,8	57	1,8	55
personnel infirmier	6,3	62	1,5	45
travailleurs de bureau	11,4	112	2,3	70
travailleurs de la vente	10,0	98	4,2	127
travailleurs de la restauration	15,0	147	6,9	209
travailleurs des "autres" services	8,6	84	6,1	185
travailleurs agricoles	10,8	106		
travailleurs de la forêt et des mines	14,8	145		
ouvriers	9,6	94	2,5	76
travailleurs de la construction	14,7	144		
travailleurs du transport	12,4	122		
manutentionnaires et nca	10,1	99	1,4	42
tous les travailleurs	10,2	100	3,3	100

ANNEXE C:

QUESTIONS QUI ONT SERVI À CONSTRUIRE L'INDICE ILFELD

V - DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé.

La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE:

	ENCERCLER VOTRE RÉPONSE			
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
30- Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie	1	2	3	4
31- Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4
32- Avez-vous senti que votre cœur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4
33- Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4
34- Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
35- Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
36- Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
37- Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4
38- Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?	1	2	3	4
39- Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4
40- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
41- Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
42- Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4
43- Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
44- Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4
45- Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4

V- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS (suite)

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE:

	<u>Jamais</u>	<u>De temps en temps</u>	<u>Assez souvent</u>	<u>Très souvent</u>
46- Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
47- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4
48- Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
49- Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4
50- Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
51- Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4
52- Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4
53- Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4
54- Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4
55- Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4
56- Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4
57- Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4
58- Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles?	1	2	3	4

ANNEXE D:
ESSAIS D'ANALYSES MULTIVARIÉES

GRANDEUR ET MISÈRE D'UNE ÉQUATION DE RÉGRESSION

par Alain Marchand

1) Le modèle

Dans le cadre de ce projet, des analyses multivariées ont été réalisées afin de prédire les problèmes de santé des travailleurs. Les variables dépendantes étant dichotomiques, des régressions logistiques ont été estimées sur les problèmes de maux de dos, les troubles ostéo-articulaires, les troubles cutanés, les allergies respiratoires, ainsi que sur un indicateur de santé mentale (ILFELD) et un indice de bonne santé (CARIDITS).

Le modèle logistique que nous avons estimé a la forme suivante:

$$y = 1/1 + e^{-z}$$

où

y = la probabilité que l'événement se produise

e = logarithme naturel (2.718)

$z = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_pX_p$

et

B_0 = constante

B_1X_1 à B_pX_p = variables indépendantes (voir plus loin)

Ce modèle est très flexible et permet d'introduire des variables indépendantes catégorielles et continues. De plus, il ne suppose pas une distribution particulière des variables. Pour une discussion détaillée, on pourra consulter Hosmer et Lemeshow (1989).

2) Les résultats

Une première estimation a été réalisée avec les variables indépendantes suivantes: âge, sexe, profession, nombre d'heures travaillées, travail de nuit, horaires fixes, stress perçu, statut

de répondant (a- répondant interviewé directement ou tiers-répondant et b- autre répondant) Les résultats obtenus montrent que la capacité prédictive des modèles est très faible (entre 0 et 5%). De plus, dans aucun cas, il n'a été possible d'obtenir une distribution normale du terme résiduel. Lorsque le modèle est adéquat, le terme résiduel standardisé devrait se distribuer normalement avec une moyenne de 0 et un écart-type de 1 (Nurosis, 1990).

Devant ce problème, nous avons tenté des analyses en stratifiant l'échantillon premièrement selon la profession, deuxièmement selon le sexe et finalement selon une catégorisation différente de la profession (cols blancs, cols bleus, services). Cette stratégie n'a pas permis d'arriver à de meilleurs résultats. Nous avons également tenté des modèles qui tiennent compte des effets d'interaction. Là encore, les résultats se sont révélés inacceptables.

A la lumière de ces analyses, les problèmes rencontrés ont posé la question de la spécification des modèles, c'est-à-dire l'absence de variables pouvant potentiellement prédire les problèmes de santé. De nouvelles estimations ont été produites en considérant les variables indépendantes suivantes: âge, sexe, revenu, scolarité, état matrimonial, origine ethnique, profession, nombre d'heures travaillées, travail de nuit, horaires fixes, charge de travail, stress perçu, soutien social au travail, et un indice de bonnes habitudes de vie (construit par Santé Québec). De plus, l'échantillon a été réduit aux seuls répondants directement interrogés, puisque les résultats des premières estimations ont montré que les tiers-répondants sous-estiment systématiquement les problèmes de santé des personnes au nom desquelles ils répondent.

Malheureusement, il n'a pas été possible encore une fois d'arriver à des modèles significatifs et ce autant sur l'ensemble de l'échantillon que sur l'échantillon stratifié (professions, sexe, profession en trois catégories). La capacité prédictive des modèles demeure très faible et le terme résiduel ne se distribue pas normalement.

3) Les raisons possibles de notre échec

Au moins trois raisons peuvent être invoquées pour expliquer notre incapacité à expliquer les problèmes de santé des travailleurs à partir des données recueillies dans le cadre de l'enquête Santé Québec.

Premièrement, les problèmes de santé étudiés ne sont pas des problèmes qui sont la conséquence directe de l'exposition au travail. Par exemple, on ne sait si les maux de dos

rapportés par les travailleurs ont bel et bien été contractés pendant l'exercice de leur travail. Il se peut fort bien qu'ils soient la conséquence de la pratique d'un sport, de jardinage, de bricolage, etc... Il devient donc difficile de relier les problèmes de santé aux caractéristiques de l'organisation du travail puisque ces problèmes ont peut-être des causes extérieures au travail.

Deuxièmement, l'enquête Santé Québec ne portant pas directement sur la santé des travailleurs, très peu de variables sont disponibles pour mesurer l'environnement et les conditions de travail. Celles-ci se résument ici aux horaires, au nombre d'heures travaillées, à la charge de travail et au soutien social. Il existe une variable mesurant le travail répétitif, mais elle est inutilisable, car son interprétation varie d'un groupe professionnel à l'autre. Par exemple, une part substantielle des gestionnaires rapporte qu'ils répètent continuellement une même série de gestes ou d'opérations. Par ailleurs, la charge de travail, qui peut être interprétée comme un indicateur de risque, est grossièrement mesurée (assis sans se déplacer; habituellement debout avec déplacement; transporter des charges légères et monter des escaliers ou des pentes; travailler dur ou transporter des charges très lourdes). Une enquête ultérieure devrait nécessairement obtenir de l'information concernant le niveau et le type de risque auxquels sont confrontés les travailleurs si on veut un tant soit peu relier les conditions de travail aux problèmes de santé.

Finalement, les difficultés rencontrées peuvent également s'expliquer par la faible prévalence des différents problèmes de santé dans l'échantillon. Lorsque la probabilité d'un événement est faible, il est très difficile d'en prédire les variations. Même si nous avons détecté des associations significatives entre certaines variables indépendantes et les problèmes de santé, la taille imposante de l'échantillon aidant, ces associations sont dans l'ensemble très faibles. Par conséquent, ces variables ne peuvent nous aider à prédire les problèmes de santé rapportés par les travailleurs dans le cadre de l'enquête Santé Québec.

ANNEXE E:

CLASSES DE PROFESSION

CATÉGORIES DE PROBLÈMES DE SANTÉ

CLASSES DE PROFESSION

Les codes de profession appartiennent à la Classification type des professions de Statistique Canada (CTP 1980).

Les catégories retenues sont les suivantes:

Nom de la catégorie	Codes CTP
Gestionnaires	11
Professionnels	21, 23,33, 271, 311, 315/316
Enseignants	273, 279
Personnel infirmier	313
Travailleurs de bureau	41
Travailleurs de la vente	51
Travailleurs de la restauration	612
Trav. des "autres" services	611,613,614,616, 619
Travailleurs agricoles	71
Travailleurs des forêts et mines	73,75,77
Ouvriers	81/82, 83,85
Travailleurs du bâtiment	87
Travailleurs du transport	91
Manutentionnaires et nca	93, 95, 99

Remarques:

"Gestionnaires" réfère à l'ensemble des cadres de toutes catégories, directeurs, gérants, administrateurs, exclusion faite des surveillants et contremaitres.

"Professionnels" comprend les travailleurs des sciences sociales et naturelles, des mathématiques, de l'architecture et du génie, les médecins et travailleurs assimilés, et les professeurs d'université.

"Personnel enseignant" comprend tous les enseignants à l'exclusion des professeurs d'université (qui sont regroupés avec les professionnels).

"Personnel infirmier" désigne le personnel spécialisé et auxiliaire des soins infirmiers et thérapeutiques; les médecins et autres personnes spécialisées dans le diagnostic et le traitement des maladies sont exclus.

"Travailleurs de bureau" comprend les secrétaires, les préposés au traitement de texte et autres opérateurs de machines de bureau, les commis, les caissières, les téléphonistes, les réceptionnistes, les magasiniers, etc.

"Travailleurs de la restauration" regroupe les personnes spécialisées dans la préparation des aliments et boissons: chefs, cuisiniers, barmen, serveurs, etc.

"Travailleurs des "autres" services" réfère à l'ensemble des services excluant la restauration (CTP 61 sans le 612); il comprend en ordre d'importance les concierges, les policiers et agents de sécurité, les coiffeurs, les gardiennes d'enfants, les blanchisseurs et nettoyeurs à sec .

"Travailleurs agricoles" réunit ceux qui oeuvrent dans l'agriculture, l'horticulture et l'élevage.

"Ouvriers" désigne principalement les cols bleus de l'industrie manufacturière occupés à la transformation, à l'usinage et à la fabrication des biens; quant aux ouvrières, on les trouve surtout dans les industries du textile et de la confection.

Les "travailleurs du transport" sont majoritairement des chauffeurs de camion; appartiennent aussi à cette catégorie les chauffeurs d'autobus, de métro et de taxi.

"Manutentionnaires" réfère à une catégorie plus large, principalement composée de manutentionnaires (i.e. éboueurs et débardeurs, conducteurs de matériel de manutention, emballeurs, manoeuvres manutentionnaires) mais qui comprend aussi les ouvriers qualifiés et travailleurs non classés ailleurs. Les femmes manutentionnaires sont presque exclusivement des emballeuses.

"Travailleurs des services" comprend l'ensemble des travailleurs du groupe 61; à ne pas confondre avec l'ensemble des travailleurs du tertiaire, producteurs de services (CTP 11 à 61) par opposition aux travailleurs du secondaire et du primaire, producteurs de biens (CTP 71 à 99).

CATEGORIES DE PROBLEMES DE SANTE

Les codes appartiennent à la Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIM 9), O.M.S., Genève, 1977.

Les regroupements utilisés sont les suivants:

Nom de la catégorie	Codes CIM 9
Troubles mentaux	2900 à 3169
Migraines	3460 à 3469, 7840
Troubles cardiaques	3910 à 4299, 7469, 7850 à 7852
Maladies respiratoires	4900 à 4939
Allergies respiratoires	4770 à 4779
Troubles cutanés	6800 à 7099, 7821
Réactions allergiques nca	9952, 9953
Troubles digestifs	5260 à 5799, 7870 à 7879
Troubles ostéo-articulaires	7100 à 7199, 7260 à 7399
Maux de dos	7200 à 7249
Traumatismes	8000 à 9951, 9954 à 9999
Fatigue et insomnie	7805, 7807

Remarques:

Les problèmes qui ont été classés sous "troubles mentaux" sont, dans l'enquête, essentiellement des cas de dépression et d'anxiété (codes 3110, 3004 et 3000).

La catégorie "migraines" comprend aussi les céphalées ou maux de tête.

Les "troubles cardiaques" réfèrent surtout à des cardiopathies et à l'hypertension; les troubles vasculaires sont exclus.

Les "maladies respiratoires" sont ici surtout des cas de bronchite chronique et d'asthme.

Les "allergies respiratoires" sont aussi appelées "rhinites allergiques".

Les "troubles cutanés" réfèrent d'abord aux allergies comme les dermites de contact et dermatoses.

Les "réactions allergiques nca" correspondent aux allergies qui ne sont ni respiratoires ni cutanées, comme l'hypersensibilité à des produits chimiques ou biologiques.

Les "traumatismes" sont les accidents de toutes sortes, incluant les intoxications. Le tiers d'entre eux sont des entorses.

Ce qu'on appelle "insomnie" couvre les troubles du sommeil, i.e. comme l'inversion du rythme du sommeil et l'insomnie.

Les "troubles ostéo-articulaires" comprennent toutes les affections, lésions, douleurs et inflammations des os, des articulations et des tissus mous.

Dans les chapitres 3 et 4, la ventilation qui précède convenait mal aux motifs d'absence ou d'incapacités; on a donc utilisé le classement des grandes catégories de la classification CIM9. La répartition des codes est la suivante :

les "troubles endocriniens" (codes 0 à 289) comprennent les cas de cancer, diabète, anémie, troubles du métabolisme;

les "troubles mentaux" (codes 300 à 319);

le "système nerveux" correspond aux codes 320 à 389, i.e. aux migraines, infections du cerveau, méningite, épilepsie, glaucome, etc.;

les "troubles de l'appareil circulatoire" (codes 390 à 459);

les "troubles du système respiratoire" (codes 460 à 519);

les "troubles du système digestif" (codes 520 à 579);

les "troubles génito-urinaires" (codes 580 à 629);

les "troubles de la grossesse et de l'accouchement" (codes 630 à 676);

les "troubles de la peau" (codes 680 à 709);

les "problèmes de dos et du système ostéo-articulaire" (codes 710 à 739);

les "anomalies congénitales" (codes 740 à 779);

les "états mal définis" (codes 780 à 799);

les "traumatismes et intoxications" (codes 800 à 999).