

NIVEAU 2 MILIEU DE VIE IMMÉDIAT

Famille et ménage

Familles et santé

Chapitre 24

Familles et santé

Esther Létourneau

Dominique André

Direction des statistiques sociodémographiques
Institut de la statistique du Québec

Michel Bernier

Conseil de la santé et du bien-être

Paul Marchand

Direction de la recherche en politiques familiales
Ministère de la Famille et de l'Enfance

Anne-Marie Trudel

Conseil de la santé et du bien-être

Introduction

Le présent chapitre traite de la délicate question du lien existant entre, d'une part, la santé et le bien-être et, d'autre part, l'un des principaux milieux de vie : la famille. Quiconque s'intéresse de près à cette question est confronté à une situation apparemment paradoxale : les connaissances relatives aux transformations des structures familiales et aux modifications survenues dans la vie des parents et des enfants sont fort nombreuses et fort bien documentées alors que, bien qu'elles soient très souvent évoquées, la connaissance des conséquences de ces transformations sur la santé et le bien-être demeure parcellaire.

En effet, on connaît assez bien le contexte de mouvance dans lequel vivent aujourd'hui les familles et les bouleversements qui touchent l'ensemble de l'univers familial. Fait largement connu et documenté, le visage des familles québécoises s'est considérablement transformé sous l'influence de changements sociodémographiques profonds. Les points les plus marquants de ces transformations sont l'augmentation du nombre de familles monoparentales et de familles recomposées, la mutation des parcours de vie des adultes et de leurs enfants et le débordement des liens familiaux hors du cadre du ménage attribuable aux ruptures d'union.

Afin de suivre à la trace les transformations familiales, Statistique Canada produit de nombreuses sources de données statistiques. Les recensements canadiens témoignent de cette évolution par le biais des familles recensées mais demeurent muets face aux recompositions familiales ou aux modalités de garde des enfants de familles rompues. Grâce à des enquêtes, telles l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (Statistique Canada, 1998) ou les enquêtes sociales générales de 1990 et de 1995, on a pu appréhender ces aspects importants de même que les autres manifestations des changements qui touchent les familles. Ces enquêtes ont notamment permis de mettre en lumière le fait que les jeunes générations naissent dans un environnement familial plus diversifié, connaissent plus tôt la scission de leur famille et, conséquemment, expérimentent la vie en famille monoparentale ou recomposée à un âge de plus en plus jeune (Statistique Canada, 1998; Marcil-Gratton et Le Bourdais, 1999; Le Bourdais et Desrosiers, 1997; Le Bourdais et autres, 1998; Le Bourdais et Marcil-Gratton, 1998; Conseil de la famille et de l'enfance, 1999).

Par ailleurs, les connaissances relatives aux impacts sur la santé et le bien-être de ces transformations sont beaucoup moins développées, particulièrement à l'échelle de l'ensemble de la population que vise la

présente enquête. Ces transformations sont réputées avoir des effets aussi bien sur la santé des parents que sur celle des enfants. À lui seul, le fait que la famille représente un milieu de vie très important pour tous les individus explique probablement cette situation.

On affirme, au sujet de la monoparentalité, par exemple, qu'elle est liée à l'occurrence de problèmes sociaux tels que la pauvreté, l'isolement des ménages et la violence et qu'elle a un impact sur le bien-être et le développement des enfants. Qui plus est, parce qu'elle est souvent associée à des conditions économiques précaires, la monoparentalité ne serait pas sans lien avec la santé et le bien-être des parents qui doivent composer avec elle (Dandurand, 1994). Les ruptures d'union semblent aussi avoir des impacts sur la santé et le bien-être. Ceux-ci seraient surtout associés au climat d'entente ou de discorde qui prévaut après la dissolution de la famille et ils peuvent toucher les parents comme les enfants. Ces ruptures d'union entraînent ce que d'aucuns estiment être un processus de désaffiliation familiale pour les pères, lequel peut présenter des effets importants sur leur santé et sur leur bien-être (Renaud et autres, 1987). Finalement, la recomposition familiale peut se caractériser par des relations tendues entre les parents et les enfants, ce qui est aussi susceptible de se répercuter sur leur santé et sur leur bien-être. Après une recomposition familiale, les enfants ont souvent à vivre avec des règles et des consignes différentes, s'ils passent du temps dans deux maisons, et les parents doivent souvent s'ajuster à un nouveau rôle (Visher et Visher, 1979; Germain, 1986; Saint-Jacques, 1990).

Il est pour le moins paradoxal de disposer d'une telle quantité de données et d'informations sur les transformations familiales survenues récemment et de relativement peu d'indications quant à leurs liens avec les dimensions de santé et de bien-être des individus. Cette situation se trouve en quelque sorte exacerbée quand on considère l'utilité que pourraient avoir de telles informations pour l'intervention et la prise de décision.

Les efforts visant à mieux faire connaître les transformations observées dans l'univers familial et, à plus forte raison, ceux visant à mettre en lumière les impacts de ces transformations sur la santé et le bien-être découlent du premier principe directeur des priorités nationales de santé publique, lequel associe directement l'« agir » à la connaissance. Pour agir en amont des problèmes, ne faut-il pas d'abord bien connaître les réalités sociales sous-jacentes à ceux-ci? Une meilleure compréhension des réalités familiales et de leurs liens avec la santé et le bien-être peut certes s'inscrire dans un contexte où il faut mieux comprendre pour accroître la capacité d'action et d'intervention. Pour paraphraser ces priorités, mieux connaître l'univers familial des Québécois et ses effets sur la santé et le bien-être semble une condition préalable à une meilleure compréhension des éléments liés au cumul des facteurs de risque et de protection (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1997).

Les transformations de l'univers familial présentent aussi une importance particulière parce qu'elles touchent un des principaux milieux de vie des individus. À ce titre, la famille occupe une place importante dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). On la retrouve en filigrane, sinon au cœur de cinq des six stratégies de ce document : favoriser le renforcement du potentiel des personnes, soutenir les milieux de vie, développer des environnements sains et sécuritaires, améliorer les conditions de vie et agir pour et avec les groupes vulnérables.

L'analyse que comporte le présent chapitre s'articule autour de trois objectifs principaux. Le premier propose, en continuité de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, un portrait des familles québécoises qui permet de suivre l'évolution de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques, de même que de celles des individus qui les composent. Ce portrait adopte d'abord la perspective de l'ensemble des ménages pour se concentrer ensuite sur les familles avec au moins un enfant mineur. Ce choix, qui teinte par

ailleurs la comparaison qu'on fait entre les principaux indicateurs de santé et de bien-être, ne vise pas uniquement à assurer une plus grande comparabilité dans le temps avec les enquêtes précédentes. Il vise d'abord et avant tout à assurer la comparaison de familles présentant des caractéristiques homogènes, comme il donne suite à la reconnaissance du rôle de socialisation et de développement que les familles jouent auprès des enfants. Le deuxième objectif aborde, sous l'angle des parents, le lien entre la structure de la famille et les indicateurs de la santé et du bien-être. D'abord, on examine la qualité des relations du parent avec ses enfants ainsi que celle des relations du parent avec son ou ses beaux-enfants, dans la mesure où celui-ci les élève. La qualité des relations entre les conjoints est également étudiée. Ensuite, la santé des parents est présentée à l'aide d'une série d'indicateurs portant sur les habitudes de vie et le bien-être des individus, tels que la consommation d'alcool, l'usage du tabac, la sécurité alimentaire, la détresse psychologique, la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé et la consommation de médicaments. Le nombre limité d'indicateurs de santé pour les enfants de moins de 15 ans de même que le peu de différences significatives observées entre les différents types de familles nous ont contraints à reporter l'étude des enfants mineurs. Le troisième objectif explore un aspect novateur de l'enquête, soit la réalité des parents séparés qui ont au moins un enfant mineur issu d'une union rompue. Les modalités de garde, la durée écoulée depuis la séparation et la qualité des relations avec l'ex-conjoint sont également étudiées chez ces parents.

24.1 Aspects méthodologiques

24.1.1 Indicateurs

Les informations recueillies à la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) ont permis de distinguer deux types de ménages, soit les ménages non familiaux et les ménages familiaux. Les ménages non familiaux comprennent les personnes vivant seules ainsi que celles vivant avec une ou

plusieurs autres personnes sans qu'il y ait de lien de filiation ou d'alliance. À l'opposé, les ménages familiaux sont caractérisés par la cohabitation d'au moins deux personnes, unies par des liens de filiation ou d'alliance avec ou sans enfants et quel que soit leur âge (couples sans enfant, familles biparentales intactes, familles recomposées, familles monoparentales et autres familles).

La construction de la variable famille résulte de la combinaison des trois caractéristiques suivantes : a) le nombre de parent(s) vivant dans le ménage, qui permet de distinguer les familles monoparentales des familles biparentales, b) l'âge des enfants et c) la présence d'enfant(s) issu(s) d'union(s) antérieure(s), qui permet de différencier les familles biparentales intactes des familles recomposées. On obtient, grâce à cette variable, quatre grands types de famille déjà mentionnés ci-dessus : biparentales intactes, recomposées, monoparentales et autres familles. De plus, les familles recomposées se divisent en six types; les trois premiers comptent uniquement des enfants issus d'union antérieure, soit de la mère (avec beau-père), soit du père (avec belle-mère), soit des deux conjoints (avec beau-père et belle-mère). Les trois derniers types comprennent au moins un enfant provenant d'une union antérieure de la mère, du père ou des deux conjoints selon le cas, auquel se sont ajoutés un ou plusieurs enfants communs aux deux parents (Bernier et autres, 1995).

La méthodologie de la construction de la variable famille, décrite en détail dans un ouvrage tiré de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Bernier et autres, 1994), demeure pratiquement la même que dans les deux enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993. Une nouvelle question, permettant d'identifier le conjoint de chaque personne en couple dans le ménage, s'est ajoutée dans la section d'identification du QRI pour faciliter la reconnaissance des ménages non familiaux et familiaux.

Les questions portant sur les relations au sein de la famille proviennent de la section XII - La famille, du

questionnaire autoadministré (QAA173 à QAA183). Ce questionnaire s'adresse à toutes les personnes âgées de 15 ans et plus qui appartiennent au ménage au moment de l'enquête.

D'entrée de jeu, la première question de la section (QAA171) sert à sélectionner les individus ayant un ou plusieurs enfants (biologiques ou adoptés) âgés de moins de 18 ans. Cette question est tirée de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* et de l'enquête *Santé Québec 1987*; toutefois, le libellé de la question a été modifié en 1998 pour mieux circonscrire les enfants biologiques ou adoptés d'âge mineur.

La question « Comment décririez-vous les relations que vous avez avec eux? » (QAA172) permet au parent d'évaluer la qualité des relations qu'il entretient avec ses enfants mineurs. Cette question provient également de l'enquête de 1992-1993; toutefois, le libellé de la question a été modifié et les catégories de réponse ont été changées de sorte que les choix portent sur les problèmes de relations et non plus sur la satisfaction quant à ces relations. La formulation de ces catégories de réponse provient de *l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 1994-1995* de Statistique Canada.

La même section accorde ensuite une place importante aux ruptures d'unions qui impliquent les enfants mineurs. Deux nouvelles questions, soit la question « Habitez-vous avec l'un ou plusieurs de ces enfants de moins de 18 ans? » (QAA173) et la question « Êtes-vous divorcé(e) ou séparé(e) de l'autre parent de l'un de vos enfants de moins de 18 ans? » (QAA174), servent à créer un sous-groupe des questions concernant la durée écoulée depuis la séparation (QAA175), le mode de garde des enfants mineurs (QAA176) et les relations avec l'ex-conjoint (QAA177, QAA178, QAA179 et QAA180). La question sur la durée (QAA175) s'inspire d'une question de l'enquête *Santé Québec 1987*. Pour ce qui est de la question sur la garde (QAA176), celle-ci existait déjà en 1992-1993, mais les choix de réponses ont été

modifiés de sorte que les différentes modalités de garde concordent avec celles du Règlement sur la fixation des pensions alimentaires pour enfants (Québec, 1997). Cette dernière question porte sur tous les enfants mineurs du parent séparé, peu importe qu'ils soient nés de l'union en cours ou d'unions antérieures. Lors de l'analyse, les réponses à cette question ont été regroupées en cinq catégories, soit 1) ne voit jamais ses enfants, 2) droit de visite et/ou de sortie prolongée, 3) garde partagée, 4) garde exclusive et 5) autre mode de garde (qui combine les catégories « ma situation est une combinaison des précédentes » et « autres »). Aussi, sur quatre questions concernant les relations entre ex-conjoints, on en compte trois nouvelles : QAA177, QAA 178 et QAA179. Les deux questions qui demandent une évaluation du climat d'entente avec l'ex-conjoint, soit au moment de la séparation (QAA177) et au moment de l'enquête (QAA179), s'inspirent de travaux de recherche centrés sur les désunions (Dandurand, 1994). Celle qui établit l'existence de contact avec l'ex-conjoint (QAA178) est inédite. Quant à la question sur la satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'ex-conjoint (QAA180), elle provient de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

De plus, trois nouvelles questions du QAA portent sur la perception de la qualité des relations du parent avec son ou ses beaux-enfants, dans la mesure où il les élève. Ces questions se lisent comme suit : « Élevez-vous un ou des enfant(s) de moins de 18 ans qui ne sont pas les vôtres? » (QAA181), « Si oui, s'agit-il des enfants de votre conjoint(e) actuel(le)? » (QAA182) et « Comment décririez-vous les relations que vous avez avec eux? » (QAA183). Enfin, la question QAA163 de la section XI - Votre vie en général, a servi à examiner le niveau de difficulté dans les relations entre conjoints.

24.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

L'utilisation de la variable famille dans l'enquête de 1998 permet de suivre l'évolution du portrait des ménages non familiaux et familiaux parmi l'ensemble des ménages québécois ainsi que celui des familles

comprenant au moins un enfant mineur, et ce, depuis les enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

Par ailleurs, contrairement aux enquêtes précédentes, les questions sur les relations au sein de la famille ont été regroupées dans une seule et même section du QAA. Toutefois, il est à noter que la comparaison avec les résultats des enquêtes antérieures de 1987 et de 1992-1993 n'est pas présentée puisque plusieurs questions ont été modifiées. Néanmoins, certaines comparaisons d'ordre général seront abordées dans les résultats.

24.1.3 Portée et limites des données

L'indicateur principal du chapitre, soit la variable famille, comporte des limites de nature statistique et structurelle. Ainsi, les familles monoparentales dirigées par un père et les six différents types de familles recomposées qui, même une fois regroupées dans la catégorie globale des familles recomposées, demeurent relativement peu nombreuses. En conséquence, lorsqu'on présente les indicateurs pour les parents de ces familles, les intervalles de confiance des proportions peuvent considérablement varier, ce qui nuit à l'interprétation des résultats. Dans ce contexte, on a décidé, comme dans l'enquête de 1992-1993 d'ailleurs, de regrouper ensemble les parents et les beaux-parents des familles recomposées.

La question propre à l'identification des individus ayant un ou plusieurs enfants mineurs (QAA171) comporte certaines limites. Comme dans les enquêtes antérieures de Santé Québec, on sait que des personnes ayant répondu « non » à cette question ont mal répondu si, par exemple, les liens filiaux de la *Section d'identification* du QRI de leur ménage montrent qu'ils appartiennent à une famille biparentale intacte comptant au moins un enfant mineur. Ces parents, peu nombreux, génèrent une légère sous-estimation des parents ayant des enfants de moins de 18 ans.

Il faut aussi souligner la non-réponse relativement élevée aux trois questions utilisées pour décrire les

conditions de vie des parents séparés de l'autre parent d'au moins un de leurs enfants mineurs (QAA175, QAA176 et QAA180). La non-réponse partielle à ces questions a généré certaines incohérences au moment de la construction des tableaux d'analyse. Le taux de non-réponse partielle à la question sur la durée écoulée depuis la séparation (QAA175) est de 9%. Toutefois, il se situe à 10 % chez les pères séparés et à 8 % chez les mères séparées. Par conséquent, dans les analyses, on sous-estime un peu la proportion de parents qui sont séparés ou divorcés depuis longtemps. Par ailleurs, la réponse des parents qui se disent séparés depuis plus de 18 ans de l'autre parent de l'un de leurs enfants qui n'a pas encore atteint ses 18 ans a dû être considérée comme étant une non-réponse (catégorie inconnue) à la question « durée écoulée depuis la séparation » (QAA175). Le taux de non-réponse partielle à la question sur le mode de garde de tous les enfants mineurs (QAA176), de 6 %, est le même pour les mères séparées que pour les pères séparés. Comme le sexe du parent peut influencer le mode de garde des enfants d'une union rompue, cette non-réponse pourrait provoquer une sous-estimation de la garde exclusive chez les mères et du droit de visite ou de sortie prolongée chez les pères. Bref, pour cette variable, le taux de non-réponse partielle atténue une différence déjà significative. Enfin, pour la question sur la satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'autre parent (QAA180), le taux de non-réponse partielle est de 7%. Il est un peu plus élevé pour les mères séparées (8 %) que pour les pères séparés (7 %). Encore ici, ce taux pourrait provoquer une sous-estimation de la proportion de parents insatisfaits.

On a enfin constaté que la classification des familles selon le type peut souffrir d'un biais parce qu'elle tient compte des seuls membres présents dans le ménage au moment de l'enquête. En effet, il s'avère que, dans le groupe des parents séparés ayant un enfant mineur né d'une union antérieure mais absent du ménage au moment de l'enquête, un certain nombre de parents sont classés comme appartenant à une famille biparentale intacte. Comme il est difficile de prendre en

compte cette information dans la construction de la variable famille, il s'ensuit possiblement une légère surestimation du nombre de familles biparentales intactes et une légère sous-estimation des familles recomposées.

Par ailleurs, il semble y avoir une sous-déclaration des pères séparés avec enfants mineurs à la question QAA174. En effet, dans l'ensemble de la population, on estime qu'il y a 189 000 pères comparativement à 248 000 mères ayant au moins un enfant mineur et qui sont séparés ou divorcés de l'autre parent de cet enfant. Ces deux populations auraient dû être semblables.

Pour les besoins de l'édition des tableaux du présent chapitre, les variables d'analyse figurent en abscisse, à l'exclusion des deux premiers tableaux.

24.2 Résultats

24.2.1 Les familles dans l'ensemble des ménages québécois

Le présent portrait situe d'abord les ménages non familiaux et familiaux parmi l'ensemble des ménages québécois. Ensuite, l'analyse se concentre sur les seules familles comprenant au moins un enfant mineur.

Le tableau 24.1 présente les ménages non familiaux et familiaux selon le type de ménage. Selon la présente enquête, les ménages familiaux représentent près de 70 % de l'ensemble des ménages québécois. Entre l'enquête de 1992-1993 et celle de 1998, on observe une tendance à la diminution de la proportion des ménages familiaux (71 % c. 70 %) au profit des ménages non familiaux, ce qui consolide le résultat qu'on avait observé entre 1987 et 1992-1993. Ce recul de la proportion des ménages familiaux, quoique faible en 1998, reflète notamment la perte d'importance des familles biparentales intactes (de 40 % en 1987 à 33 % en 1992-1993 et à 29 % en 1998) et trouve son corollaire dans l'augmentation de la proportion des personnes vivant seules qui, représentant près de 20 % des ménages en 1987, se hisse à 25 % en 1992-1993 et à 27 % en 1998. De plus, entre 1987 et 1998, l'écart qui séparait les familles biparentales intactes des couples sans enfants s'atténue. Représentant respectivement environ 40 % et 24 % des ménages en 1987, ces deux types de familles se côtoient en 1998 puisque leur importance est estimée à 29 % pour les familles biparentales et à 26 % pour les couples sans enfants. Le poids des familles monoparentales dans l'ensemble des ménages varie peu durant cette décennie, oscillant autour de 10 %. Les familles recomposées qui, en 1998, comptent pour 4 % des ménages, sont en croissance par rapport à leur proportion de 2,6 % tirée de l'enquête de 1987.

Tableau 24.1

Ménages non familiaux et familiaux (enfants de tous âges) selon le type, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe ¹
		%		'000
Ménages non familiaux				
Personnes seules	19,7	24,9	27,1	804
Autres ménages	4,3	3,7	3,3	97
Total	24,0	28,6	30,4	901
Ménages familiaux				
Couples sans enfants	24,0	26,2	26,1	772
Familles biparentales intactes	39,5	32,5	29,0	859
Familles recomposées	2,6	3,4	4,0	118
Familles monoparentales	9,5	8,9	10,4	308
Autres familles	0,3	0,3**	0,2**	5
Total	76,0	71,4	69,6	2 062

1. Correspond à une estimation du nombre de ménages.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

24.2.2 Familles avec au moins un enfant mineur

Répartition des familles selon le type

Le tableau 24.2 présente les familles comptant au moins un enfant mineur selon le type de famille. L'enquête montre, en 1998, qu'environ 69 % des familles (environ 656 000 familles) sont formées d'un couple vivant avec son ou ses propres enfants (biologiques ou adoptés). Environ 20 % des familles sont dirigées par un seul parent (une mère, cinq fois sur six). Un peu plus de 10 % comprennent un beau-parent; dans les trois quarts (75 %) de ces familles recomposées, il n'y pas d'enfants nés de l'union en cours, et environ 78 % des recompositions familiales s'organisent autour de la mère (familles avec beau-père seulement) (tableau C.24.1).

La répartition des différents types de familles ayant au moins un enfant mineur a changé au cours de la

dernière décennie. La proportion de familles biparentales intactes est passée de 81 % à 69 %, ce qui représente une baisse tant durant la période de 1987 à 1992-1993 que dans la suivante, de 1992-1993 à 1998 (tableau 24.2). On observe un phénomène inverse chez les familles monoparentales et recomposées, puisque leur proportion augmente pendant la même décennie. Les premières passent de 14 % à 20 % de 1987 à 1998 et les secondes de 6 % à 10 % respectivement durant la même période. Pour les familles recomposées, la hausse représente, en proportion, approximativement le double des familles. Cependant, si leur proportion avait augmenté entre 1987 et 1992-1993, elle n'a pas bougé entre les deux dernières enquêtes. En effet, on ne détecte pas de différence significative, que ce soit dans l'ensemble des familles recomposées, ou encore, chez celles qui comptent ou non des enfants communs.

Tableau 24.2

Familles avec au moins un enfant mineur selon le type de famille, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	1987	1992-1993	1998	Pe ¹
	%			'000
Familles biparentales intactes				
Total	80,9	74,6	69,4	656
Familles recomposées				
Total	5,5	8,5	10,4	98
Sans enfants communs				
Avec belle-mère	0,6*	1,0*	1,0*	9
Avec beau-père	2,9	4,4	6,1	57
Avec belle-mère et avec beau-père	0,7*	0,7*	0,8*	7
Total	4,2	6,1	7,8	74
Avec enfant(s) commun(s)				
Avec belle-mère	0,3**	0,4**	0,4**	3
Avec beau-père	1,0	1,9	2,1	20
Avec belle-mère et avec beau-père	0,0**	0,1**	0,1**	1
Total	1,3	2,5	2,6	24
Familles monoparentales				
Parent féminin	11,7	14,3	16,8	159
Parent masculin	1,8	2,5	3,5	33
Total	13,5	16,8	20,3	192

1. Correspond à une estimation du nombre de familles.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Caractéristiques des parents selon le type de famille

Le tableau 24.3 met en évidence les liens entre certaines caractéristiques des parents et le type de famille auquel ils appartiennent. Précisons que les beaux-parents des familles recomposées y figurent au même titre que les parents en raison des petits effectifs en cause.

Dans la présente enquête, on constate que les parents masculins sont plus âgés que les parents féminins. Environ 74 % des hommes sont âgés de 25 à 44 ans comparativement à 81 % des femmes, et 24 % des hommes sont âgés de 45 ans et plus contre 14 % des femmes. Lorsqu'on examine les données selon le type de famille, on observe que les hommes se répartissent par groupe d'âge sans différence d'un type de famille à l'autre. Il en est autrement chez les femmes; environ 88 % de celles qui vivent dans une famille recomposée ont entre 25 et 44 ans comparativement à 82 % de celles qui vivent dans une famille biparentale et à 76 % dans une famille monoparentale. Les femmes faisant partie d'une famille recomposée forment, comme dans l'enquête de 1992-1993, le plus jeune groupe de mères (données non présentées); seulement 8 % de ces femmes sont âgées de 45 ans et plus (c. 14 % à 15 % dans les autres types de familles).

La majorité des mères et des pères de familles biparentales intactes se sont déclarés mariés (78 %) alors que les adultes de familles recomposées vivent principalement en union de fait (77 %) (tableau 24.3). La répartition des mères et des pères diffère toutefois selon la situation de monoparentalité : environ 49 % des mères à la tête d'une famille monoparentale se sont déclarées célibataires contre 27 % des pères. On observe, en corollaire, qu'environ 72 % des pères chefs de famille monoparentale se sont déclarés veufs, séparés ou divorcés contre 51 % des mères.

Si le niveau de scolarité relative ne permet pas de détecter de différence pour les parents masculins selon le type de famille, il en va autrement pour les parents féminins. La concentration au plus faible niveau de scolarité relative des mères en famille

recomposée (31 %) les démarque des mères de famille biparentale intacte (19 %) (tableau 24.3).

La répartition selon le statut d'activité au cours d'une période de 12 mois montre qu'environ 92 % des pères de famille biparentale occupent un emploi. Cette proportion diffère des hommes en famille recomposée, dont quelque 84 % ont fait la même déclaration, et des hommes en famille monoparentale, parmi lesquels 81 % occupaient un emploi. Soulignons qu'en 1992-1993, 74 % des pères de famille monoparentale avaient déclaré avoir un emploi (données non présentées). La majorité des mères disent également qu'elles ont eu un emploi au cours de la même période et la proportion culmine avec près de 67 % chez les femmes vivant en famille recomposée, pour redescendre à 62 % chez les femmes vivant en famille biparentale et à près de 58 % chez celles en famille monoparentale. Toutefois, aucune différence significative n'a été constatée entre ces trois types de famille. Soulignons que 50 % des mères en famille monoparentale avaient un emploi en 1992-1993, ce qui est inférieur à la proportion de 58 % constatée en 1998. Environ 31 % des mères de famille biparentale ont mentionné qu'elles tenaient maison, proportion qui est moindre chez leurs consœurs de famille recomposée (24 %). En corollaire, les femmes vivant en famille monoparentale sont proportionnellement plus nombreuses à être aux études que les mères en famille biparentale (9 % c. 2,9 %) (tableau 24.3).

Enfin, la perception de sa propre situation financière illustre la pression économique qui s'exerce autant sur les mères que sur les pères en situation de monoparentalité. Environ 46 % des mères et 36 % des pères en famille monoparentale se perçoivent pauvres ou très pauvres. D'ailleurs, proportionnellement plus de mères vivant en famille monoparentale ou recomposée qu'en famille biparentale se perçoivent dans cette situation financière négative (46 % et 33 % c. 17 %). Aucune différence selon le type de famille n'a été constatée chez les pères vivant dans cette situation (tableau 24.3).

Tableau 24.3

Caractéristiques sociodémographiques des parents¹ vivant avec au moins un enfant mineur selon le type de famille, parents féminins et masculins de famille avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Parents féminins			Total	Parents masculins			Total
	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille mono-parentale		Famille biparentale	Famille recomposée	Famille mono-parentale	
%								
Groupe d'âge								
Moins de 18 ans	0,1**	0,3**	–	0,1**	0,0**	–	–	0,0**
18-24 ans	3,9	3,9**	9,3*	4,8	1,7*	2,6**	–	1,8*
25-34 ans	33,8	32,3	32,3	33,4	25,2	25,1	20,9*	25,0
35-44 ans	47,7	55,4	44,0	47,9	49,3	49,8	51,0	49,4
45 ans et plus	14,5	8,2*	14,4	13,8	23,7	22,6	28,1*	23,8
État matrimonial de fait								
Célibataire	0,1**	–	48,9	8,4	0,1**	–	26,8*	1,2**
Marié	77,7	23,1	–	58,5	77,6	22,6	0,7**	67,5
En union de fait	22,1	76,9	–	24,2	22,4	77,4	0,8**	28,3
Veuf, séparé ou divorcé	0,2**	–	51,1	8,9	0,0**	–	71,8	3,0
Scolarité relative								
Plus faible	18,7	30,6	26,5	21,3	20,7	24,5	31,0*	21,6
Faible	23,9	25,7	20,7	23,5	19,5	21,5	9,5**	19,3
Moyenne	19,8	15,0*	18,9	19,1	15,9	14,4*	17,4**	15,7
Élevée	18,6	15,9*	15,7	17,8	23,3	28,4	26,1*	24,1
Plus élevée	19,1	12,8*	18,3	18,2	20,6	11,3*	16,1**	19,2
Statut d'activité habituelle								
En emploi	61,7	66,6	57,8	61,6	92,4	83,6	80,6	90,8
Aux études	2,9	5,2**	8,8*	4,2	1,2*	2,4**	6,2**	1,5*
Tient maison	30,9	23,7	27,2	29,5	1,8*	3,9**	5,1**	2,2*
À la retraite	0,3**	–	0,3**	0,3**	0,5**	2,7**	1,7**	0,8*
Sans emploi	4,2	4,5**	5,9*	4,5	4,1	7,4*	6,6**	4,6
Perception de sa situation financière								
À l'aise	17,7	6,9**	5,1*	14,3	16,9	14,9*	12,1**	16,5
Suffisante	65,2	60,2	49,3	61,9	64,0	57,9	51,9	62,8
Pauvre ou très pauvre	17,1	32,9	45,6	23,8	19,1	27,1	36,1*	20,8

1. Incluant les personnes qui ne sont pas parents eux-mêmes mais qui sont le conjoint du parent (famille recomposée seulement).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfants mineurs dans les familles

Centré sur le nombre et l'âge des enfants mineurs présents dans le ménage, le tableau 24.4 donne une évaluation de la charge parentale selon le type de famille. En moyenne, les parents de famille monoparentale ont moins d'enfants que les autres (1,5 chez les mères et 1,4 chez les pères c. 1,9 chez les parents de famille recomposée et 1,8 chez ceux de famille

biparentale). Dans les familles monoparentales, on ne détecte pas de différence entre les mères et les pères ayant un seul enfant à charge (60 % c. 70 %). Toutefois, comme dans l'enquête de 1992-1993 (données non présentées), une toute autre différence les démarque : les mères ont la charge de plus jeunes enfants que les pères de famille monoparentale. En effet, dans 40 % des familles monoparentales dirigées par une femme, le plus jeune enfant est d'âge

préscolaire (de zéro à cinq ans), ce qui n'est le cas que pour environ 10 % des familles monoparentales dirigées par un homme. À cet égard, les mères de famille monoparentale ont une charge comparable aux parents des familles biparentales intactes, dont 47 % ont un cadet d'âge préscolaire. D'un autre point de vue, les familles monoparentales dirigées par une femme s'apparentent aux familles recomposées parce que la proportion de ces deux types de familles avec un seul enfant mineur, et même deux, ne présente pas de différence. D'ailleurs, cette similitude se comprend bien quand on se rappelle qu'environ 78 % des familles se recomposent autour d'une mère et de ses enfants et qu'environ un quart des familles recomposées comprend un enfant issu du couple (tableau 24.C.1).

Partageant une moyenne d'enfant par famille semblable (1,8), les familles biparentales intactes ne se distinguent pas des familles recomposées. On avait fait le même constat dans l'enquête de 1992-1993 (données non présentées). Cependant, en 1998, on perçoit une différence entre la proportion de familles recomposées et de familles biparentales ayant deux enfants mineurs (30 % c. 47 %). Il était prévisible, en raison des résultats de 1992-1993, que les familles biparentales aient aussi en 1998 des enfants plus jeunes que les recomposées : le benjamin a moins de 6 ans dans 24 % des familles recomposées comparativement à 47 % dans les familles biparentales; il a, par contre, entre 6 ans et 14 ans dans 53 % des familles recomposées contre 39 % des familles biparentales (tableau 24.4).

Tableau 24.4
Type de famille selon le nombre d'enfants mineurs et l'âge du plus jeune enfant, familles avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale		Total
			Parent féminin	Parent masculin	
	%				
Nombre d'enfants mineurs présents dans le ménage					
Un enfant	39,9	47,7	59,8	70,3	45,1
Deux enfants	46,5	30,2	33,2	23,3*	41,8
Trois enfants et plus	13,6	22,2	7,1*	6,4**	13,2
Nombre moyen	1,78	1,85	1,49	1,40	1,72
Âge du plus jeune enfant présent dans le ménage					
0-5 ans	46,6	24,4	40,1	10,1**	41,9
6-14 ans	38,6	52,5	43,7	67,6	41,9
15-17 ans	14,9	23,0	16,2	22,3*	16,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

24.2.3 Santé et bien-être des parents vivant avec un enfant mineur selon le type de famille

Qualité des relations avec les enfants et les beaux-enfants et entre les conjoints

La grande majorité des parents, soit environ 98 %, affirment n'avoir aucun problème, ou presque pas de problèmes ou avoir des problèmes occasionnels avec leurs propres enfants (biologiques ou adoptés), et ce, peu importe le type de famille et le sexe des parents (tableau 24.5). Les hommes vivant en famille recomposée qualifient favorablement leurs relations avec leurs beaux-enfants dans une proportion semblable. Les difficultés du rôle de belle-mère, déjà décelées dans l'enquête de 1992-1993, semblent être observées ici aussi : environ 29 % des femmes vivant

en famille recomposée avec les enfants de leur conjoint déclarent avoir des problèmes fréquents ou constants avec eux. Cette proportion est de 4,4 % chez les hommes vivant en famille recomposée dans la même situation (tableau 24.5).

Le niveau de difficulté dans les relations entre conjoints ne varie pas selon le type de famille ni selon le sexe. Environ 72 % des parents masculins et 69 % des parents féminins ne rencontrent aucune difficulté avec leur conjoint. Enfin, soulignons que, dans l'ensemble, moins de 8 % des parents ont déclaré vivre des difficultés sévères.

Tableau 24.5

Qualité des relations avec les enfants mineurs et entre conjoints, parents féminins et masculins par type de famille, parents féminins et masculins de famille avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Parent féminins				Parents masculins			
	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille mono-parentale	Total	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille mono-parentale	Total
	%							
Relations avec leurs propres enfants								
Aucun problème	48,9	35,2*	36,0	45,1	52,8	34,6	41,3*	50,4
Presque pas de problèmes ou problèmes occasionnels	49,6	59,4	59,1	52,4	46,1	60,0	55,4	48,0
Problèmes fréquents ou constants	1,5**	5,4**	4,8**	2,5*	1,1**	5,4**	3,3*	0,1**
Relations avec les beaux-enfants								
Aucun problème	...	31,8*	...	...	...	40,9	...	...
Presque pas de problèmes ou problèmes occasionnels	...	39,4*	...	...	...	54,7	...	...
Problèmes fréquents ou constants	...	28,8*	...	...	...	4,4*	...	...
Indice de difficulté dans les relations entre conjoints								
Pas de difficultés	69,3	66,6	...	69,0	72,1	70,3	...	71,8
Difficultés légères	14,1	17,2*	...	14,5	12,6	15,0*	...	12,9
Difficultés moyennes	9,6	8,4**	...	9,4	9,0	9,1**	...	9,0
Difficultés sévères	7,0	7,8**	...	7,1	6,3	5,6**	...	6,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Indicateurs de santé des parents

La santé des parents selon le type de famille est présentée aux tableaux 24.6 et 24.7 à l'aide d'une série d'indicateurs portant sur les habitudes de vie et le bien-être des individus. Indépendamment du type de famille, environ 45 % des parents et des beaux-parents ont déclaré n'avoir pris aucune consommation d'alcool au cours d'une période de sept jours (31 %) ou être un ancien buveur ou encore un abstinent (14 %) (tableau 24.6). Toutefois, une différence s'observe parmi les individus ayant pris plusieurs consommations : les parents et les beaux-parents de famille recomposée ont pris 14 consommations ou plus au cours d'une période de sept jours dans une proportion de près

de 12 % comparativement à 6 % pour les parents de famille biparentale. Selon le sexe, la différence entre les parents et beaux-parents de famille recomposée et les parents de famille biparentale subsiste seulement chez les mères (tableau 24.7). Une tendance à une plus grande consommation chez les parents de famille recomposée est aussi observée chez les pères, bien qu'elle ne soit pas significative. Même si, de façon générale, les hommes vivant dans une famille avec au moins un enfant mineur consomment davantage d'alcool que les femmes, la seule différence entre les pères et les mères se manifeste au sein des familles biparentales pour ce qui est du fait d'avoir pris 14 consommations ou plus, ce qui est le cas de 10 % des pères contre 2 % des mères (tableau 24.7).

Tableau 24.6

Indicateurs de santé des parents d'enfants mineurs selon le type de famille, sexes réunis, familles avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille monoparentale	Total
	%			
Nombre de consommations d'alcool¹				
14 ou plus	6,0	11,8	6,0*	6,6
7 à 13	12,8	12,6	10,0*	12,5
1 à 6	36,5	30,8	35,9	35,8
Aucune	31,0	30,8	30,3	30,9
Ancien buveur ou abstinent	13,7	14,1	17,9	14,2
Usage du tabac				
Fumeur régulier	28,3	53,7	49,0	33,6
Fumeur occasionnel	3,0	1,4**	2,1**	2,7
Ancien fumeur	36,9	24,8	26,9	34,4
N'a jamais fumé	31,9	20,0	21,9	29,3
Insécurité alimentaire				
Oui	5,7	8,4	21,3	7,8
Non	94,3	91,6	78,7	92,2
Indice de détresse psychologique				
Bas à moyen	82,5	70,8	67,8	79,5
Élevé	17,5	29,2	32,2	20,5
Perception de l'état de santé				
Excellent, très bon ou bon	94,1	92,3	90,0	93,5
Moyen ou mauvais	5,9	7,7*	10,0*	6,5
Nombre de problèmes de santé				
Aucun problème	38,5	34,7	26,0	36,6
Un problème	27,8	27,0	22,6	27,1
Plus d'un problème	33,8	38,3	51,4	36,3
Consommation de médicaments²				
Aucun	53,5	50,0	41,5	51,7
Un ou deux	37,2	38,4	43,4	38,1
Trois et plus	9,3	11,7	15,1	10,2

1. Au cours d'une période de sept jours.

2. Au cours d'une période de deux jours.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 24.7

Indicateurs de santé des parents d'enfants mineurs selon le sexe du parent et le type de famille, parents féminins et masculins avec enfants mineurs, Québec, 1998

	Parents féminins			Total	Parents masculins			Total
	Famille biparentale	Famille recomposée	Famille mono-parentale		Famille biparentale	Famille recomposée	Famille mono-parentale	
	%							
Nombre de consommations d'alcool ¹								
14 ou plus	2,0	7,5	4,2**	2,9	9,9	15,6*	15,9**	10,8
7 à 13	8,3	10,1*	10,0*	8,8	17,3	14,7*	10,0**	16,7
1 à 6	36,5	35,7	33,8	35,9	36,4	25,9	46,7	35,5
Aucune	36,7	31,7	33,3	35,6	25,5	30,2	14,1**	25,7
Ancien buveur ou abstinent	16,5	14,9*	18,7	16,7	10,9	13,5*	13,4**	11,3
Usage du tabac								
Fumeur régulier	26,9	58,3	49,1	34,3	29,5	49,5	47,8	32,8
Fumeur occasionnel	3,0*	0,9**	2,3**	2,7	2,9*	2,0**	1,0**	2,7
Ancien fumeur	35,8	24,3	26,0	32,8	38,0	25,1	32,9*	36,1
N'a jamais fumé	34,2	16,5*	22,5	30,3	29,6	23,5	18,4**	28,4
Insécurité alimentaire								
Oui	5,7	8,5*	24,0	9,2	5,7	8,5*	8,3**	6,2
Non	94,3	91,5	76,0	90,8	94,3	91,5	91,7	93,8
Indice de détresse psychologique								
Bas à moyen	79,4	66,6	67,4	75,9	85,4	75,1	70,2	83,5
Élevé	20,6	33,4	32,6	24,1	14,6	24,9	29,8*	16,5
Perception de l'état de santé								
Excellent, très bon ou bon	94,5	92,3	90,1	93,5	93,8	92,5	90,2	93,5
Moyen ou mauvais	5,5	7,7*	10,0*	6,5	6,2	7,5*	9,8**	6,5
Nombre de problèmes de santé								
Aucun problème	32,7	29,0	24,6	30,9	44,2	40,4	32,9	43,3
Un problème	26,5	23,8	20,9	25,2	29,1	30,3	31,1	29,3
Plus d'un problème	40,8	47,3	54,5	43,9	26,7	29,4	36,1	27,4
Consommation de médicaments ²								
Aucun	43,2	39,4	37,4	41,8	63,9	60,7	61,7	63,4
Un ou deux	45,3	43,8	45,8	45,2	29,2	32,6	32,2*	29,7
Trois et plus	11,5	16,8	16,9	13,0	7,0	6,7*	6,1**	6,9

1. Au cours d'une période de sept jours.

2. Au cours d'une période de deux jours.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

De façon générale, on retrouve, tant chez les hommes que chez les femmes, une proportion moindre de fumeurs réguliers dans les familles biparentales (28 %) que dans les familles recomposées (54 %) ou monoparentales (49 %) (tableaux 24.6 et 24.7). Les parents en famille biparentale se distinguent également au sein du groupe des anciens fumeurs ou des gens qui n'ont jamais fumé par une proportion nettement plus élevée que les parents des familles recomposées ou

monoparentales (69 % comparativement à 45 % et 49 %) (tableau 24.6). Selon le sexe, les différences constatées demeurent chez les mères (70 % comparativement à 41 % et 49 %) (tableau 24.7). Enfin, quand on compare le comportement des hommes et celui des femmes pour un même type de famille, aucune différence ne se dégage.

Par ailleurs, parce que 21 % des parents en famille monoparentale déclarent souffrir d'insécurité alimentaire, ils se différencient nettement des autres parents (tableau 24.6). En effet, au moins 90 % des parents de chacune des autres catégories de famille n'éprouvent pas cette difficulté. Toutefois, cette relation subsiste uniquement chez les mères de famille monoparentale : près d'une sur quatre (24 %) souffre d'insécurité alimentaire comparativement à 8 % des pères en famille monoparentale (tableau 24.7).

L'indice de détresse psychologique montre des différences selon le type de famille. La situation est plus favorable pour les parents de famille biparentale que pour ceux de famille recomposée et monoparentale, les premiers étant proportionnellement plus nombreux à se situer au niveau bas à moyen de l'indice de détresse psychologique (83 % c. 71 % et 68 % respectivement) (tableau 24.6). Ce phénomène s'observe tant chez les mères que chez les pères (tableau 24.7). Par ailleurs, une plus grande proportion de mères que de pères présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (24 % c. 17 %), conformément à l'ensemble des hommes et des femmes (tableau 24.7) (voir chapitre 16 - Santé mentale). Toutefois, la différence n'est significative qu'entre les pères et les mères de famille biparentale.

La grande majorité des parents, soit environ 94 %, qualifient leur état de santé d'excellent, de très bon ou de bon (tableau 24.6). La perception de l'état de santé ne varie pas selon le sexe, mais elle distingue les femmes selon le type de famille. En effet, 95 % des mères de famille biparentale se considèrent en excellente, très bonne ou bonne santé, comparativement à 90 % de celles en famille monoparentale (tableau 24.7).

Il en va de même pour les problèmes de santé : les parents de famille biparentale déclarent avoir plus d'un problème de santé dans une moindre proportion que leurs homologues de famille monoparentale (34 % c. 51 %) (tableau 24.6). Cette situation est vraie chez les mères (41 % c. 55 %), alors qu'on ne détecte pas de différence chez les pères (tableau 24.7). Dans

l'ensemble, les mères d'enfants mineurs sont proportionnellement plus nombreuses que les pères à déclarer plus d'un problème de santé (44 % c. 27 %). Des écarts s'observent à cet effet entre les mères et les pères, tant au sein des familles biparentales (41 % c. 27 %) que recomposées (47 % et 29 % respectivement). De même, on trouve une plus grande proportion d'hommes que de femmes sans aucun problème de santé, et ce, pour tous les types de famille, bien que les seules différences se constatent au sein des familles biparentales (44 % c. 33 %).

Enfin, environ 15 % des parents de famille monoparentale déclarent avoir consommé trois médicaments ou plus au cours d'une période de deux jours, comparativement à 9 % des parents de famille biparentale (tableau 24.6). Le comportement des parents au sein des familles recomposées, pour ce qui est de la consommation de médicaments, ressemble à celui des familles biparentales sans toutefois se différencier de celui des parents des familles monoparentales. Comme il a été mentionné au chapitre 22 - Consommation de médicaments, les hommes consomment proportionnellement moins de médicaments que les femmes et cela demeure vrai lorsqu'ils sont parents dans une famille avec au moins un enfant mineur (tableau 24.7). Globalement, les pères sont plus de 63 % à n'avoir consommé aucun médicament comparativement à 42 % des mères durant la période de référence. Le constat entre les pères et les mères est le même peu importe le type de famille.

24.2.4 Certaines caractéristiques des parents séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s)

Les ruptures d'union conditionnent le milieu de vie de milliers de parents et d'enfants. Dans l'ensemble, l'enquête révèle une proportion d'environ 24 % de parents ayant au moins un enfant mineur et qui sont séparés ou divorcés de l'autre parent de cet enfant (données non présentées). Il y a légèrement plus de parents féminins que de parents masculins qui sont séparés ou divorcés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) (26 % c. 22 %) (données non présentées). Toutefois, cette différence s'avère non significative.

Type de ménage chez les parents séparés

Le tableau 24.8 montre que les parents d'enfants mineurs qui ne vivent pas avec l'autre parent de leur(s) enfant(s) n'appartiennent pas au même type de ménage selon qu'ils sont père ou mère, à l'exception des parents séparés en famille recomposée, dont la proportion de pères et de mères ne se distingue pas (27 % et 31 %). On constate, par exemple, que les pères sont proportionnellement plus nombreux à vivre seuls (23 % c. 7 %) ou dans un couple sans enfants (16 % c. 5 %) que les mères séparées. Ils sont également plus nombreux à vivre en famille biparentale intacte (11 % c. 3,2 %), ce qui méritera une discussion sur les modalités de garde (voir plus loin). À l'inverse, les mères séparées sont plus nombreuses à diriger une famille monoparentale que les pères (52 % c. 18 %).

Tableau 24.8
Type de ménage des parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) selon le sexe, Québec, 1998

	Mères	Pères	Total
	%		
Ménages sans enfants mineurs			
Personne seule	6,7*	22,6	13,6
Couple sans enfants	5,3*	16,1	9,9
Total	12,0	38,7	23,5
Ménages avec enfants mineurs			
Famille biparentale intacte	3,2*	10,6	6,4
Famille recomposée	31,4	26,5	29,3
Famille monoparentale	52,0	17,5	37,1
Autres ménages et familles	1,4**	6,6*	3,7*
Total	88,0	61,2	76,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

D'ailleurs, de tous les types de ménage, les mères séparées sont plus nombreuses, en proportion, à vivre dans une situation de monoparentalité. Les pères séparés, quant à eux, affichent une situation diversifiée selon le type de ménage, ce qui rend difficile la comparaison.

Modalités de garde chez les parents séparés

Le tableau 24.9 présente les modalités de garde de tous les enfants mineurs des parents séparés. On observe que ce sont principalement les mères qui ont la garde exclusive des enfants mineurs. En effet, environ les deux tiers (67 %) des mères séparées déclarent ce mode de garde alors que cette proportion n'est que de 13 % chez les pères. Soulignons toutefois qu'environ 41 % des pères séparés déclarent un droit de visite ou de sortie prolongée de leurs enfants mineurs (c. 4,4 % des mères). La proportion de pères séparés vivant une garde partagée (16 %) ne se distingue pas de celle des mères (13 %), comme on pouvait s'y attendre.

Le tableau 24.9 révèle par ailleurs que 2,8 % des parents séparés déclarent ne jamais voir leurs enfants; cette proportion est cependant plus élevée chez les pères que chez les mères séparés (5,5 % c. 0,7 %). De la même façon, on distingue les pères séparés des mères par leur proportion plus élevée à déclarer un mode de garde « autre » (25 % c. 15 %). Rappelons que la question sur la garde concerne tous les enfants mineurs du parent séparé, ceux de l'union en cours comme ceux des unions antérieures. Par conséquent, il pourrait s'agir ici des parents ayant fondé une autre famille : ils auraient, par exemple, un enfant de l'union en cours et un droit de visite pour l'enfant de l'union antérieure. De même, pourraient apparaître dans cette catégorie les pères qui n'ont que des contacts moins encadrés avec leurs enfants mineurs issus d'une union rompue.

Tableau 24.9

Modalités de garde de tous les enfants mineurs des parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s) selon le sexe, Québec, 1998

	Mères	Pères	Total
	%		
Ne voit jamais ses enfants	0,7**	5,5*	2,8*
Droit de visite et/ou de sortie prolongée	4,4*	41,2	20,4
Garde partagée	12,8	15,9	14,1
Garde exclusive	66,8	12,8	43,5
Autre mode de garde	15,4	24,6	19,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Type de ménage selon les modalités de garde chez les parents séparés

Lorsqu'on examine le type de ménage selon la modalité de garde, on constate que chez les quelque 44 % de pères séparés vivant en famille recomposée ou monoparentale, on en trouve près de 27 % qui déclarent une garde exclusive et 27 % qui ont un droit de visite de leurs enfants mineurs (données non présentées). Les autres pères se répartissent aussi à part égale entre la garde partagée (21 %) et d'autres modes de garde non précisés (20 %) (données non présentées). Le type de ménage est plus homogène chez les mères séparées : plus de la moitié se retrouvent en famille monoparentale et environ le tiers en famille recomposée. Contrairement aux pères vivant dans les mêmes types de ménages, près des trois quarts des mères ont la garde exclusive de leurs enfants. À peine 13 % d'entre elles déclarent une garde partagée et une proportion de 11 % auraient un autre mode de garde (données non présentées).

Par ailleurs, si on cumule la proportion de parents séparés vivant dans un ménage sans enfants mineurs, on rassemble près de 39 % des pères séparés, mais seulement environ 12 % des mères séparées (tableau 24.8). Cette situation concorde avec le type de garde des pères, plus souvent de nature occasionnelle et celui des mères, presque toujours exclusif. On illustre autrement ce qu'on avait déjà observé : les mères ont la charge de jeunes enfants plus souvent que les pères. En effet, elles vivent nettement plus souvent dans des ménages familiaux qu'ils ne le font, si l'on excepte ceux qui se retrouvent en famille biparentale intacte. Puisque environ 3,2 % des mères séparées et 11 % des pères séparés appartiennent à une famille biparentale intacte, il faut en déduire que l'enfant ou les enfants mineurs issus de l'union déjà rompue n'étaient pas présents dans le ménage au moment de l'enquête (tableau 24.8). Cette situation pourrait aussi indiquer une remise en union plus fréquente chez les pères séparés, tout comme elle est corollaire du mode de garde de ces derniers.

Durée écoulée depuis la séparation

À l'égard de la durée écoulée depuis la séparation, on ne détecte pas de différence selon le sexe du parent. Près de 50 % des parents d'enfants mineurs séparés de l'autre parent déclarent que la rupture de leur couple remonte à plus de cinq ans; environ 42 % d'entre eux l'ont vécu depuis un an, deux ans, trois ans ou quatre ans et, enfin, quelque 10 % sont séparés depuis moins d'un an (données non présentées). Par ailleurs, la modalité de garde varie peu en fonction de la durée écoulée depuis la rupture (tableau 24.10). Soulignons cependant qu'environ 22 % des parents séparés depuis moins d'un an adoptent une garde partagée contre 10 % des parents séparés depuis plus de cinq ans.

Tableau 24.10

Durée écoulée depuis la séparation selon les modalités de garde, parents séparés de l'autre parent de leur(s) enfant(s) mineur(s), Québec, 1998

	Durée écoulée depuis la rupture		
	Moins d'un an	Un à cinq ans	Plus de cinq ans
	%		
Ne voit jamais ses enfants	—	3,4 **	2,8 **
Droit de visite et/ou de sortie prolongée	17,7 *	19,5	23,1
Garde partagée	22,0	18,4	9,9 *
Garde exclusive	40,8	44,4	44,0
Autre mode de garde	19,4 *	14,4	20,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Qualité des relations entre les ex-conjoints

Les pères et les mères séparés ne se distinguent pas par leur évaluation du climat ayant entouré la séparation. Pour une majorité d'entre eux (61 %), ce climat était bon ou assez bon (tableau 24.11). Par contre, les pères séparés ayant au moins un enfant mineur déclarent garder le contact avec l'autre parent dans une proportion de 83 % alors que ce n'est le cas que de 74 % des mères séparées. Néanmoins, les

parents séparés, mères ou pères, qui ont gardé contact disent avoir un bon ou assez bon climat d'entente dans une proportion de 84 %. Par ailleurs, plus d'une mère séparée sur deux (52 %) se déclare insatisfaite à l'égard de l'implication financière de l'autre parent alors que cette proportion approche les 30 % chez les pères.

Tableau 24.11

Qualité des relations avec leur ex-conjoint chez les parents séparés selon le sexe, Québec, 1998

	Mères	Pères	Total
	%		
Climat entourant la séparation			
Bon ou assez bon	58,4	64,9	61,2
Mauvais ou très mauvais	41,7	35,1	38,8
Contacts avec l'autre parent			
Oui	74,2	82,9	78,0
Non	25,8	17,1	22,0
Climat actuel avec l'autre parent			
Bon ou assez bon	83,5	83,5	83,5
Mauvais ou très mauvais	16,5	16,5	16,5
Satisfaction à l'égard de l'implication financière de l'autre parent			
Satisfait	48,4	70,7	58,1
Insatisfait	51,6	29,3	41,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

D'entrée de jeu, le présent chapitre souligne la situation paradoxale à laquelle est confronté quiconque s'intéresse aux liens existant entre, d'une part, la famille et, d'autre part, la santé et le bien-être. Cette situation découle principalement du fait que l'on connaît très bien les transformations qui touchent l'univers des familles québécoises alors que leurs effets sur la santé et le bien-être demeurent, même s'ils sont souvent évoqués, pratiquement ignorés. À ce stade-ci, il est pertinent de se questionner à savoir si on est parvenu à illustrer certaines facettes de ces liens.

Sous l'effet combiné des ruptures d'union et probablement aussi du vieillissement de la population, le portrait des ménages québécois s'est considérablement transformé alors que les ménages familiaux voient la place qu'ils occupent diminuer constamment. Cette tendance se caractérise principalement par une diminution du nombre de familles biparentales au profit des personnes seules et des couples sans enfants. Par ailleurs, les résultats montrent comment l'univers des familles québécoises continue de se transformer principalement à la suite des nombreuses ruptures d'union. À preuve, le nombre de familles biparentales avec au moins un enfant mineur diminue constamment au profit des familles monoparentales et des familles recomposées, qui occupent une place de plus en plus importante dans le panorama des familles québécoises. À cet égard, les données de la présente enquête confirment celles de l'*Enquête sociale générale de 1995* (Conseil de la famille et de l'enfance, 1999), dans laquelle les familles biparentales, monoparentales et recomposées représentent respectivement 73,6 %, 17,8 % et 8,6 % de l'ensemble des familles.

De même, on a exploré les conditions de vie des parents séparés ayant au moins un enfant mineur. Il peut être facile d'analyser les différentes réalités familiales de ces parents et de conclure au désengagement progressif des pères, tant les responsabilités familiales incombent le plus souvent aux mères.

Cependant, pour dresser un portrait plus juste de cette réalité, il faudrait évaluer dans quelle mesure les pères sont en mesure de se voir accorder une garde équitable lorsqu'ils en manifestent la volonté.

Au chapitre des caractéristiques des parents, on a observé une augmentation de la participation au marché du travail des parents des familles monoparentales. Les récentes réformes des politiques liées au travail contribuent probablement, en partie du moins, à cette augmentation. Pour conclure en ce sens de façon définitive, il faudra cependant disposer des données des futures enquêtes afin de constater s'il s'agit là d'une tendance de fond ou non.

Les caractéristiques des parents montrent aussi que la monoparentalité semble se vivre de façon bien différente selon que le parent est masculin ou féminin. Les mères monoparentales sont un peu plus jeunes que les pères qui vivent la même situation. Les enfants des pères de famille monoparentale sont aussi plus âgés. Il en découle fort probablement que la charge que l'on associe souvent à la monoparentalité n'est pas la même pour les pères que pour les mères, ce que confirment par ailleurs les caractéristiques des parents séparés.

Par ailleurs, puisque plus des trois quarts des familles recomposées se forment autour d'une mère d'enfants mineurs, la remise en union survient sans doute assez rapidement après la séparation. De surcroît, ce laps de temps serait généralisé au point de provoquer la différence d'âge que l'on constate exclusivement entre les mères des familles monoparentales et celles des familles recomposées. La recombinaison familiale autour d'un père pourrait également intégrer de jeunes femmes dans ces familles. Enfin, la nouveauté des recompositions familiales au Québec participe aussi à l'explication. Aussi, les mères de famille monoparentale présentent la plus forte concentration dans le groupe des moins de 25 ans. Célibataires dans près d'un cas sur deux (49 %), leur situation provient souvent d'une naissance hors d'union ou d'une rupture d'union de fait. Ces jeunes mères constituent l'un des groupes vulnérables de notre société. Leur

ressemblance avec les mères des familles biparentales, pour ce qui est de l'âge, et le fait qu'une mère monoparentale sur deux se déclare veuve, séparée ou divorcée, pourraient suggérer l'épisode sans doute récent en famille biparentale pour au moins la moitié d'entre elles.

D'autre part, l'exploration des liens entre la famille et la santé ainsi que le bien-être permet de constater, sous l'angle des relations au sein de la famille, que le climat d'entente entre les parents et les enfants est à peu près le même pour tous les types de familles à l'exception de la relation entre les mères et les beaux-enfants au sein des familles recomposées, qui semblent plus souvent poser un problème. En ce sens, les données de la présente enquête confirment les résultats de plusieurs autres études (Bernier et autres, 1994).

On a vu que la structure familiale est liée aux habitudes de vie et aux principaux indicateurs de la santé et du bien-être. Il ressort de l'analyse de cette série d'indicateurs que, de façon générale, les parents de famille biparentale adoptent de meilleures habitudes de vie et sont favorisés sur le plan de la santé et du bien-être. Cela est vrai par rapport aux parents des autres types de famille et en particulier face à ceux qui vivent la monoparentalité. Quant aux parents et aux beaux-parents au sein des familles recomposées, leur situation se rapproche tantôt de celle des parents monoparentaux, tantôt de celle des pères et mères de famille biparentale. Il faut bien rappeler qu'à l'issue d'une rupture d'union, les parents séparés peuvent vivre des épisodes d'aller-retour entre la monoparentalité et la recomposition familiale (Le Bourdais et Desrosiers, 1997). Peut-on penser alors, si la remise en union perdure, que les parents retrouvent le niveau d'état de santé et de bien-être associés aux familles biparentales intactes? Ou, inversement, doit-on supposer que certaines de ces caractéristiques favorisent la remise en union et que d'autres favorisent le maintien en famille monoparentale?

Afin de démontrer que le lien entre la structure familiale et les principaux indicateurs de la santé et du

bien-être n'est pas le fait de relations avec d'autres variables ou d'autres caractéristiques des parents et des familles, il faudrait pousser l'analyse plus loin pour peu que les échantillons en présence le permettent. Puisque les résultats présentés portent essentiellement sur les parents, il y aurait également lieu de poursuivre l'étude sur la santé et le bien-être des enfants selon le milieu familial. Certains auteurs ont déjà mis à jour les nouvelles réalités qu'introduisent les changements familiaux dans la vie des enfants (Le Bourdais et autres, 1998; Marcil-Gratton, 1998; Marcil-Gratton et Le Bourdais, 1999; Statistique Canada, 1998). Avec ce qu'elle permet comme description des statuts dans la famille et des indicateurs de santé, l'enquête représente donc une source de choix pour l'étude de cette population.

Certaines conditions de vie des parents séparés ayant au moins un enfant mineur ont été explorées. Il peut être facile d'interpréter les différentes réalités familiales de ces parents et de conclure au désengagement progressif des pères, tant les responsabilités familiales incombent le plus souvent aux mères. Il est éloquent à cet égard que les mères séparées ayant au moins un enfant mineur gardent moins souvent le contact avec leur ex-conjoint que ne le font les pères séparés avec leur ex-conjointe. On est en droit de se demander dans quelle mesure les hommes doivent, pour conserver des liens avec leurs enfants, maintenir les contacts avec leur ex-conjointe. Faut-il en déduire que les mères qui demeurent plus souvent avec leurs enfants ne persistent pas dans les relations avec le père de leurs enfants? Pour obtenir un portrait plus juste de ces réalités, il faudrait évaluer jusqu'à quel point les pères sont en mesure de se voir accorder une garde équitable lorsqu'ils en manifestent la volonté. Par ailleurs, sachant qu'on a observé une fréquence plus élevée de garde partagée chez les parents nouvellement séparés que chez ceux dont la rupture était déjà lointaine au moment de l'enquête, doit-on y voir le signe de l'abandon progressif de ce type de garde ou, au contraire, un phénomène nouveau qui s'exprime chez les jeunes générations?

Éléments de réflexion pour la planification

En matière de planification, il semble, à la lumière des résultats de la présente enquête, que la famille constitue effectivement un milieu de vie important pour la santé et le bien-être des parents et probablement aussi des enfants. La famille est liée aux habitudes de vie et à certains problèmes de santé et de bien-être comme elle peut être tout aussi bien considérée comme un facteur de protection face à ces derniers.

S'il existe une relation entre l'« agir » et le « comprendre » tel que le posent les *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997), alors il faut approfondir la compréhension des transformations de l'univers familial québécois, élargir celle de leurs implications sur la santé et le bien-être et accentuer notre connaissance du rôle déterminant qu'occupent les ruptures d'union. Car si l'on connaît bien les impacts de celles-ci sur les structures familiales québécoises, il reste à comprendre l'association entre les ruptures et les indicateurs de l'état de santé et de bien-être des parents et des enfants qui en font l'expérience.

Par ailleurs, l'État a adopté, dans le cadre de nouvelles dispositions de la politique familiale (Ministère du Conseil exécutif, 1997; Ministère de la Famille et de l'Enfance, 1999), des orientations et des mesures dans le but d'améliorer la situation économique des familles, de réduire la pauvreté chez les plus démunis, notamment les familles monoparentales, et de favoriser l'accès à des services éducatifs de qualité pour les jeunes enfants. Ces efforts méritent d'être soulignés. De surcroît, ils devront être maintenus et s'adapter aux nouvelles réalités de la vie familiale.

Par exemple, les places à contribution réduite (PCR) qui fixent à 5 \$ les frais de garde journaliers dans des milieux de garde reconnus pourraient être adaptées aux horaires de travail atypiques. De plus, il serait fondamental que le nombre de places soit suffisant pour la demande en milieu défavorisé. En effet, les PCR dans les garderies favorisent l'insertion sur le marché du travail des mères, particulièrement de

celles vivant en famille monoparentale. Ces mères sont donc susceptibles d'améliorer leur situation financière et de réduire l'isolement que connaissent bon nombre d'entre elles. Il est heureux que l'*Enquête sociale et de santé 1998* montre un taux d'activité des parents en famille monoparentale plus élevé qu'il ne l'était lors de l'enquête précédente même si le programme n'est implanté que depuis septembre 1997. En dernier lieu, il faudrait que les modes de paiement pour les PCR puissent être souples, voire intégrés aux mesures fiscales, afin de contourner d'éventuels problèmes de liquidité chez les plus démunis des parents.

On pourrait aussi débattre des améliorations d'autres mesures existantes : la perception automatique des pensions alimentaires, les allocations versées aux familles, l'aide fiscale, le supplément au revenu de travail (programme APPORT) et le régime d'assurance parentale. Mais au-delà des interventions destinées à améliorer la situation économique, il devrait aussi y avoir des interventions visant directement les ruptures d'union.

Les indicateurs relevés dans la présente enquête montrent essentiellement que l'état de santé et de bien-être des parents d'enfants mineurs confrontés à la rupture de leur famille comporte un lot de difficultés supérieur à celui que l'on retrouve chez les parents des familles biparentales intactes. D'importantes questions se posent : comment réduire l'éloignement qui s'établit entre plusieurs pères séparés et leur(s) enfant(s) mineur(s)? Comment alléger la charge qui repose actuellement sur les mères séparées, particulièrement celles qui ont de jeunes enfants? Il faudrait développer, notamment au sein du système judiciaire, des moyens qui permettraient de contrecarrer la désignation systématique des jugements de garde en faveur des mères. Comme nous l'avons constaté, il existe bien une volonté des parents d'adopter une garde partagée dans la première année qui suit la séparation, laquelle représente sans doute une voie d'évitement de ces problèmes.

Par ailleurs, il existe depuis 1997 des services gratuits de médiation offerts aux parents qui ont pris la décision de se séparer ou de divorcer et qui n'arrivent pas à s'entendre sur des questions touchant, par exemple, la garde des enfants ou la pension alimentaire. Il s'agit là d'un moyen pour réduire les conflits dommageables qui accompagnent souvent la rupture. Aussi, pourquoi l'État n'interviendrait-il pas en aval de ces problèmes? Une politique familiale ne devrait-elle pas également comporter des mesures directement destinées à la prévention des ruptures d'union? Pourquoi ne pas chercher à les prévenir en offrant, par exemple, des services d'aide relationnelle (ou autre) pour les parents avant que ne survienne la séparation définitive? En aval des tensions qui semblent souvent occasionner une rupture du couple, se trouvent les pressions associées à l'organisation sociale qui touchent les familles et, de façon toute particulière, les plus démunies d'entre elles. Ces pressions peuvent entraîner chez les parents un manque de temps, une fatigue accrue et un sentiment de ne pas en faire assez. Paradoxalement, chez les parents qui n'ont pas accès au marché du travail, c'est le manque de ressources qui constitue le principal handicap. Dans une optique de prévention des ruptures, une politique familiale devrait aussi intégrer ces deux axes. D'une part, elle devrait viser à améliorer la santé et le bien-être des familles en favorisant une organisation du travail appropriée; bref, une meilleure conciliation entre le travail et la famille. Les parents d'enfants mineurs devraient profiter de disponibilités et de facilités réelles leur permettant de passer du temps en famille lorsqu'ils le souhaitent. Et, d'autre part, rappelons-le, une telle politique doit aussi faire en sorte que toutes les familles avec enfants mineurs disposent de ressources suffisantes pour remplir leurs obligations auprès de ces derniers.

Bibliographie

BERNIER, M., et autres (1994). *Un profil des familles québécoises*, Montréal, Santé Québec, 82 p.

BERNIER, M., et autres (1995). « Santé et famille » dans SANTÉ QUÉBEC, C. LAVALLÉE, C. BELLEROSE, J. CAMIRAND et P. CARIS (sous la direction de), *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 13-43.

CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (1999). *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Ministère de la Famille et de l'Enfance et Institut de la statistique du Québec, Québec, Gouvernement du Québec, 206 p.

DANDURAND, R. B. (1994). « Divorce et nouvelle monoparentalité » dans DUMONT, F., et autres, *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 519-544.

GERMAIN, D. (1986). « La famille reconstituée : le deuil de l'idéal » dans GAUTHIER, P. (éd.), *Les nouvelles familles*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 84-112.

LE BOURDAIS, C., et H. DESROSIERS (1997). « Pères seuls et beaux-pères : l'importance de la monoparentalité et des recompositions familiales dans la vie des hommes » dans BROUÉ, J., et G. RONDEAU, *Père à part entière*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, p. 113-136.

LE BOURDAIS, C., et N. MARCIL-GRATTON (1998). « Incidence de la rupture d'union des parents durant l'enfance sur le comportement démographique des jeunes adultes » dans CORAD, M. (éd.), *Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada*, Ottawa, Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, p. 99-114.

LE BOURDAIS, C., G. NEILL et N. MARCIL-GRATTON (1998). « L'effet du type d'union sur la stabilité des familles dites intactes », communication au Comité de priorité du Partenariat de recherche *Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles*, Montréal, INRS-Culture et société, 28 p.

MARCIL-GRATTON, N. (1998). *Grandir avec maman et papa? Les trajectoires familiales complexes des enfants canadiens*, Ottawa, Statistique Canada, Ministère de l'Industrie, n° 89-566-XIF au catalogue, 25 p.

MARCIL-GRATTON, N., et C. LE BOURDAIS (1999). *Garde des enfants, droits de visite et pension alimentaire, Résultats tirés de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Ministère de la Justice Canada, 37 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE (1999). *La politique familiale, Un pas de plus vers l'épanouissement des familles et des enfants*, Gouvernement du Québec, Québec, 38 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (1997). *Nouvelles dispositions de la politique familiale, Les enfants au cœur de nos choix*, Gouvernement du Québec, Québec, 40 p.

QUÉBEC (PROVINCE) (1997). *Gazette officielle du Québec*, 16 avril, Partie 2, Lois et règlements, n° 15, p. 2117-2129.

RENAUD, M., S. JUTRAS et P. BOUCHARD (avec la collaboration de L. GUYON et R. B. DANDURAND) (1987). « Être chef de famille monoparentale » dans *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, rapport présenté à la Commission Rochon, Montréal, Université de Montréal, GRASP, p. 195-249.

SAINT-JACQUES, M.-C. (1990). « Familles recomposées : qu'avons-nous appris au fil des ans? », *Service social*, vol. 39, p. 7-37.

STATISTIQUE CANADA (1998). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – les changements dans l'environnement familial », *Le Quotidien*, 2 juin, Ottawa, Statistique Canada, 4 p.

VISHER, E. B., et J. S. VISHER (1979). *Stepfamilies: A Guide to Working with Stepparents and Stepchildren*, Secaurus, The Cited Press.

Tableau complémentaire

Tableau C.24.1

Familles recomposées avec au moins un enfant mineur, Québec, 1998

	%
Familles recomposées	
Sans enfants communs	
Avec belle-mère	9,7
Avec beau-père	58,3
Avec belle-mère et avec beau-père	7,4
Total	75,4
Avec enfant(s) commun(s)	
Avec belle-mère	3,6
Avec beau-père	20,0
Avec belle-mère et avec beau-père	0,9
Total	24,5

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE

Milieu social

Environnement de soutien

Chapitre 25

Environnement de soutien

Marie Julien

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Danielle Julien

Département de psychologie
Université du Québec à Montréal

Pierre Lafontaine

Service des études et analyses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

L'un des acquis majeurs de notre siècle en sciences de la santé est d'avoir montré un lien entre l'entourage social d'un individu et sa santé. Les mécanismes d'influence entre les relations humaines et la santé sont encore mal connus. Cette influence s'exercerait selon des voies diversifiées, bidirectionnelles et contradictoires (Barrera, 1986). En effet, les relations humaines peuvent être, à certains moments, une source de stress (ex. : abus sexuel, conflit au travail, conflit conjugal, violence familiale) et, à d'autres moments, une source de protection contre les effets négatifs du stress sur la santé. À certaines périodes critiques du cycle de la vie, la perte d'un être cher (mort d'un parent, d'un enfant, du conjoint ou séparation d'avec celui-ci) prive un individu de sa source majeure de résistance à la maladie. À d'autres périodes, la maladie physique et mentale peut contribuer à détériorer ses relations intimes, diminuer ses capacités mêmes d'intégration sociale ou altérer ses capacités de mobilisation d'aide en cas de besoin (Burman et Margolin, 1992; Gottman, 1994). Mais, devant ces mêmes événements, la présence de soutien social permet de déployer des mécanismes d'adaptation appropriés.

Les recherches les plus récentes sur la question suggèrent que des difficultés associées aux conflits interpersonnels chroniques ont une influence sur le système immunitaire d'un individu en altérant les mécanismes de régulation du système endocrinien (voir en particulier les travaux de l'équipe de Janice

Kiecolt-Glaser, 1999). On sait aussi que dans les situations difficiles, les individus socialement intégrés et ayant un confident ou des relations intimes satisfaisantes opposent une meilleure résistance à la maladie.

Comme en 1992-1993, l'*Enquête sociale et de santé 1998* accorde une place stratégique à l'analyse de l'environnement de soutien des individus. De l'enquête précédente, elle retient l'analyse de l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux et la taille du réseau de soutien. Toutefois, la présente enquête tient compte des recommandations formulées à la suite de l'enquête de 1992-1993 et des résultats des recherches récentes, en plus d'introduire de nouvelles dimensions à l'étude. Ainsi, on examinera la présence de relations intimes dans la vie des individus, une dimension du soutien social qui n'avait pas été mesurée jusqu'à maintenant, et les difficultés dans les relations conjugales. L'intimité est la seule des cinq dimensions du réseau de soutien social étudiées dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (Statistique Canada, 1995) à avoir été retenue dans le modèle de la dépression (Beaudet, 1996). Ces résultats sont tout à fait convergents avec les conclusions des recherches qui ont montré une importante association entre cette dimension du soutien et la santé (Thoits, 1995).

Par ailleurs, des événements traumatisants vécus à des étapes critiques du développement, dès le plus jeune âge, durant l'enfance ou durant l'adolescence,

sont également susceptibles d'accroître la vulnérabilité des individus lorsque le soutien social est faible. Les recherches récentes ont montré que ce n'est pas tant les événements comme tels qui sont en cause, comme la séparation ou le divorce des parents, mais surtout certaines difficultés qui peuvent en découler, comme les difficultés financières, le relogement, la recomposition familiale, les mauvais traitements, etc. Ces difficultés ont été associées à des conséquences néfastes pour l'individu à l'âge adulte (Reiss et Roth, 1993; Tousignant, 1992; Wheaton, 1994).

La politique de la santé et du bien-être du Québec reconnaît l'environnement social comme l'un des déterminants de la santé et fait du renforcement du réseau familial et social l'une de ses priorités d'action (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1992). L'*Enquête sociale et de santé 1998* apporte une contribution inédite à l'analyse de ce déterminant.

Le présent chapitre examine d'abord l'indice de soutien social, ses composantes ainsi que l'évolution de cet indice entre 1992-1993 et 1998. Par la suite, il décrit la situation de vie (le fait de vivre seul ou non, la satisfaction quant au fait de vivre seul) et en compare les données à celles des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. La présence de liens avec un conjoint, un « chum » ou une « blonde », les difficultés dans les relations avec ce dernier ou cette dernière, l'intimité et, enfin, les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence font ensuite l'objet de l'analyse. Les résultats sont présentés selon le sexe, l'âge et certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques (état matrimonial de fait, niveau de revenu, statut d'activité habituelle et scolarité relative). Enfin, les analyses portent également sur les liens entre les différentes mesures du milieu social et certains indicateurs sociaux et de santé (indice de détresse psychologique, idées suicidaires, consommation d'alcool et de drogues, ainsi que problèmes de santé de longue durée).

25.1 Aspects méthodologiques

Les questions sur le soutien social, la satisfaction quant à la situation de vie, l'intimité et les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence sont tirées de la section XI - Votre vie en général du questionnaire autoadministré (QAA). La situation de vie est établie à l'aide de la section d'identification du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). À l'exception des questions sur les événements traumatisants qui s'adressent aux personnes de 18 ans et plus, les questions traitées dans le présent chapitre visent la population de 15 ans et plus.

25.1.1 Indicateurs

L'indice de soutien social retenu est celui qui a été élaboré par Santé Québec pour l'enquête de 1992-1993 (Camirand et autres, 1993). L'indice est composé d'éléments qui se rapportent à trois dimensions conceptuelles distinctes. Les deux premières questions de l'indice (QAA146 et QAA147) portent sur la notion de participation ou d'intégration sociale. Les trois suivantes traitent de la satisfaction quant aux rapports sociaux (QAA148 à QAA150), tandis que les six dernières concernent la taille du réseau de soutien (QAA151 à QAA156). Les valeurs attribuées à l'indice peuvent varier de 0 à 100. Les réponses sont distribuées en quintiles. Le premier quintile correspond au niveau faible de l'indice de soutien social, alors que le dernier quintile correspond au niveau élevé. Les résultats sont présentés de façon dichotomique : le premier quintile (niveau faible) est opposé aux quatre autres (niveaux plus élevés).

La situation de vie des Québécois est mesurée à l'aide d'un indice et de deux questions. Le fait de vivre seul ou non est établi à partir d'un indice qui tient compte de la taille du ménage et du fait de vivre en couple ou non dans le ménage (section d'identification du QRI), comme ce fut le cas pour l'enquête de 1992-1993. Pour les fins de l'analyse, les résultats de la question « Vivez-vous seul(e)? » (QAA159) n'ont pas été utilisés, puisqu'on y retrouve des gens qui ne vivent pas seuls et qui répondent « oui » à cette question. Le fait de se trouver heureux ou non de vivre seul est

mesuré à l'aide de la QAA160; cette question était aussi inscrite dans l'enquête de 1992-1993. Une nouvelle question se rapporte au fait d'avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (QAA161), que l'on vive ou non avec cette personne.

L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* avait soulevé des interrogations quant à la validité de l'indicateur de satisfaction conjugale utilisé, en raison de proportions particulièrement élevées d'individus satisfaits. Ces interrogations ont conduit à l'adoption d'une nouvelle mesure qui rend compte d'une dimension conceptuelle différente, les difficultés dans les relations avec le conjoint. Des études récentes ont montré de fortes associations entre cette dimension et diverses mesures de l'état de santé physique et mentale. L'indice retenu a été développé par Statistique Canada à partir des travaux de Wheaton (Wheaton, 1991, 1994; Turner, Wheaton et Lloyd, 1995). Il a été utilisé dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (1995). L'indice des difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » est formé à partir des questions QAA163a, QAA163b et QAA163c. Ces questions s'adressent aux personnes qui ont répondu « oui » à la QAA161, c'est-à-dire celles qui disent avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde ». Le score total est établi à partir du nombre de difficultés vécues par le répondant. Il varie entre 0 et 3. Le niveau 0 équivaut à aucune difficulté, 1 à des difficultés légères, 2 à des difficultés moyennes et 3 à des difficultés sévères.

L'intimité est également une nouvelle dimension mesurée par l'enquête de 1998. Différentes définitions de l'intimité proviennent des diverses théories de la personnalité et des relations interpersonnelles. Plusieurs chercheurs s'accordent pour dire que l'intimité est un concept multidimensionnel concernant tour à tour la distance interpersonnelle, la sexualité, la vie privée, l'interdépendance, la révélation de soi dans un contexte de confiance, le sentiment de proximité, etc. (Prager, 1995). La dimension retenue dans la présente enquête est le sentiment de proximité, dans le contexte des relations conjugales. La mesure a été élaborée par Statistique Canada, dans le cadre de l'*Enquête nationale sur la santé de la population*. Elle

est construite à partir de deux questions différentes qui s'adressent à des populations différentes. L'une, « Votre conjoint(e), « chum » ou « blonde » ne vous comprend pas » (QAA163a), s'adresse aux personnes qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (« oui » à la QAA161). L'autre, « Diriez-vous qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible ou avec qui vous vous entendez très bien? » (QAA162), s'adresse aux personnes qui répondent négativement à la QAA161. La mesure ne s'applique pas aux personnes qui ne pas chercher de « chum » ou de « blonde » à la QAA162.

Les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, sont évalués au moyen de nouvelles questions (QAA164 à QAA170) dans l'enquête de 1998. La section comporte sept éléments regroupés en un indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence. Ces événements comprennent, entre autres, le divorce des parents, une longue hospitalisation, le chômage prolongé des parents, la consommation fréquente d'alcool ou l'usage fréquent de drogue par un parent. Le score total de l'indice est établi à partir du nombre d'événements rapportés par les répondants qui ont fourni au moins une réponse positive à l'une ou l'autre des questions QAA164 à QAA170. Un score plus élevé indique plus de facteurs de stress. Cet indice a aussi été élaboré par Statistique Canada, à partir des travaux de Wheaton. Malgré sa dénomination, l'indice fait davantage référence à l'univers théorique des événements qualifiés de critiques qu'à celui des événements traumatisants. L'appellation de Statistique Canada a toutefois été conservée.

25.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

La seule comparaison établie entre les trois enquêtes, 1987, 1992-1993 et 1998, porte sur la satisfaction face à la vie sociale, composante présente dès 1987 dans l'enquête générale de Santé Québec.

Les questions qui servent à la construction de l'indice de soutien social utilisé en 1992-1993 ayant toutes été reprises dans la présente enquête, des comparaisons sont effectuées à partir des résultats obtenus à cet indice en 1998 et en 1992-1993. Le même point de césure a été utilisé de façon à rendre les données comparables. Les données sur la situation de vie et sur la satisfaction quant à cette situation, également disponibles en 1992-1993, sont aussi comparées aux résultats de la présente enquête.

Composé de nouvelles questions, l'indice sur les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence diffère de ceux utilisés dans les enquêtes précédentes et n'est donc pas comparable aux données de 1987 ou de 1992-1993.

25.1.3 Portée et limites des données

Une analyse de la fiabilité réalisée à la mi-enquête de 1998 montre que l'indice de soutien social présente un degré satisfaisant de consistance interne (α de 0,71). Les résultats de l'enquête précédente ont montré que la mesure comporte une bonne validité de convergence avec des mesures de santé. Les taux de non-réponse partielle aux diverses questions de l'indice sont inférieurs à 2 %.

Les taux de non-réponse partielle aux questions QAA 160 et QAA 161 sur la situation de vie ne dépassent pas 2 % de la population échantillonnée. Par rapport à l'enquête 1992-1993, le présent chapitre n'examine pas la satisfaction parentale, qui est traitée au chapitre 24.

Les taux de non-réponse partielle aux questions sur les difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde » se situent autour de 8%.

Les non-répondants sont plus âgés que les répondants, ce qui peut entraîner une légère surestimation de la proportion des personnes qui présentent des difficultés conjugales. L'*Enquête nationale sur la santé de la population* n'apporte pas d'information quant aux qualités métriques de l'indice, utilisé à titre exploratoire dans le cadre de la présente enquête

Les résultats de l'enquête menée par Statistique Canada (Beaudet, 1996) ont révélé que l'indice d'intimité présente une bonne validité prédictive. Les taux de non-réponse partielle aux questions permettant de mesurer l'intimité avoisinent les 10 %. Les non-répondants sont plus âgés que les répondants, ce qui peut entraîner une légère surestimation de la proportion de personnes vivant un manque d'intimité. La mesure d'intimité est, elle aussi, utilisée à titre exploratoire dans le cadre de la présente enquête.

Les résultats de l'enquête menée par Statistique Canada (Beaudet, 1996) ont révélé que l'indice sur les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence présente une bonne validité prédictive. Le taux de non-réponse partielle est de 5 %. Les résultats obtenus peuvent comporter certains biais d'estimation en raison d'un taux de non-réponse plus élevé chez les personnes âgées et en raison également d'un biais de mémoire, de réinterprétation du passé ou de désirabilité sociale pouvant influencer ces réponses.

25.2 Résultats

25.2.1 Soutien social

Indice de soutien social

Une plus grande proportion d'hommes que de femmes se classent au niveau faible de l'indice de soutien social (23 % c. 17 %) (tableau 25.1). La différence est observée chez les personnes de 25 à 44 ans (25 % c. 19 %) et de 45 à 64 ans (27 % c. 19 %). Les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes de 65 ans et plus se distinguent des personnes des autres groupes d'âge

en ce qu'on y retrouve des proportions plus importantes de personnes qui ont un niveau élevé à l'indice de soutien social; seulement 15 % des jeunes et 16 % des 65 ans et plus se retrouvent dans cette catégorie. Les différences entre les groupes d'âge sont encore plus marquées chez les hommes que chez les femmes.

L'analyse de l'indice de soutien social en fonction de caractéristiques telles que l'état matrimonial, le statut d'activité, la scolarité et le revenu révèle des résultats comparables à ceux obtenus lors de l'enquête précédente (données non présentées). Ainsi, les personnes veuves, séparées ou divorcées, celles qui ont un faible niveau de scolarité, celles qui ont été sans emploi au cours d'une période de 12 mois et celles qui ont un faible niveau de revenu ont, dans des proportions plus importantes que les autres, un niveau faible à l'indice de soutien social (données non présentées).

Tableau 25.1
Indice de soutien social selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Faible	Élevé
	%	
Hommes		
15-24 ans	15,8	84,3
25-44 ans	24,6	75,4
45-64 ans	26,5	73,5
65 ans et plus	15,4	84,6
Total	22,5	77,5
Femmes		
15-24 ans	13,6	86,4
25-44 ans	18,6	81,4
45-64 ans	18,5	81,5
65 ans et plus	15,9	84,1
Total	17,4	82,6
Sexes réunis		
15-24 ans	14,7	85,3
25-44 ans	21,6	78,4
45-64 ans	22,4	77,6
65 ans et plus	15,7	84,3
Total	19,9	80,1
Pe '000	1 158	4 667

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Composantes de l'indice de soutien social

Certaines catégories de personnes paraissent particulièrement isolées. C'est le cas des individus qui déclarent avoir rarement ou n'avoir jamais participé à des rencontres avec la parenté, avec des amis ou avec des connaissances au cours d'une période de 12 mois (5 %). C'est aussi le cas de ceux qui déclarent passer seuls plus de la moitié de leurs temps libres (14 %), qui se disent insatisfaits de leur vie sociale (13 %), qui déclarent n'avoir aucun ami (6 %) ou qui se disent insatisfaits de leurs rapports avec leurs amis (3 %) (tableau 25.2). Enfin, les personnes qui déclarent n'avoir aucun confident dans leur entourage, amis ou famille, à qui elles peuvent se confier et parler librement de leurs problèmes (11 %), qui déclarent n'avoir personne pour les aider si elles sont mal prises (4 %) et qui n'ont personne de qui elles se sentent proches et qui leur démontre de l'affection (4,0 %) paraissent également particulièrement isolées.

Les hommes et les femmes diffèrent quant à certaines composantes de l'indice, surtout quant à celles qui se rapportent au soutien émotif, soit le nombre de confidents déclarés et le nombre de personnes qui leur témoignent de l'affection (tableau C.25.1). Ainsi, toutes proportions gardées, plus d'hommes que de femmes n'ont aucun confident et n'ont personne qui leur témoigne de l'affection (14 % c. 8 %, 6 % c. 2,7 %).

Toutes les composantes de l'indice varient selon l'âge. Les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes de 65 ans et plus partagent une position plus favorable que les autres groupes d'âge à la plupart des composantes de l'indice (tableau 25.2). Ainsi, dans ces deux groupes comparés aux autres groupes d'âge, on retrouve de plus grandes proportions de personnes qui ont des rencontres sociales une fois par semaine ou plus, de personnes qui ont un nombre élevé de confidents et de personnes qui leur démontrent de l'affection et, enfin, de personnes qui sont satisfaites face à leur vie sociale. D'autre part, les personnes de 65 ans et plus sont celles chez qui on trouve de plus grandes proportions de personnes satisfaites de leurs rapports avec leurs amis et de personnes qui peuvent compter sur un large soutien affectif.

Tableau 25.2

Composantes de l'indice de soutien social selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus	Total
	%				
Fréquence des rencontres					
Une fois/an, jamais	5,9	5,0	5,8	4,3	5,3
Au moins une fois/mois	19,2	26,7	26,1	19,0	24,2
Une fois/semaine ou plus	74,9	68,4	68,1	76,7	70,5
Solitude durant les temps libres					
Seul plus de la moitié du temps	10,6	12,8	14,7	17,5	13,6
Avec d'autres	89,4	87,2	85,3	82,5	86,4
Satisfaction quant à la vie sociale					
Non satisfait	11,2	15,0	14,1	7,6	13,1
Plutôt satisfait	52,5	57,6	55,5	55,3	55,8
Très satisfait	36,3	27,3	30,5	37,1	31,1
Présence d'amis					
Non	2,5*	5,8	7,9	7,8	6,2
Oui	97,5	94,2	92,1	92,2	93,8
Satisfaction dans les rapports avec les amis					
Non satisfait	4,9	3,6	2,3	1,5*	3,1
Plutôt satisfait	45,7	50,5	46,5	35,8	46,6
Très satisfait	49,4	45,9	51,2	62,7	50,3
Nombre de confidants					
Aucun	7,2	10,9	12,6	11,7	10,9
Un	14,9	21,0	20,1	17,6	19,3
Deux	30,7	31,4	30,6	26,8	30,4
Trois et plus	47,2	36,7	36,7	44,0	39,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin					
Aucune	2,1*	4,0	4,3	3,1*	3,6
Une	8,3	12,7	14,0	11,1	12,1
Deux	23,4	24,8	24,3	23,4	24,2
Trois et plus	66,3	58,5	57,4	62,5	60,0
Nombre de personnes démontrant de l'affection					
Aucune	4,3	5,5	3,9	2,6*	4,4
Une	13,9	15,6	13,1	9,8	13,8
Deux	17,8	19,7	18,6	16,4	18,6
Trois et plus	64,1	59,2	64,4	71,3	63,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Enfin, les jeunes de 15 à 24 ans disent, en plus grande proportion que les autres groupes d'âge, avoir des amis et passer plus de la moitié de leurs temps libres avec d'autres.

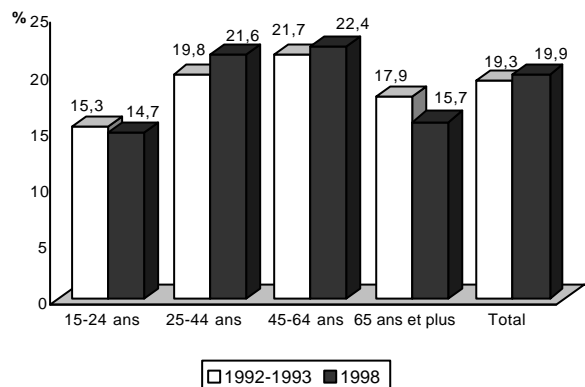
Les composantes de l'indice de soutien social varient également en fonction de variables comme l'état matrimonial, le niveau de revenu et le fait d'être en

emploi ou sans emploi (tableaux C.25.2, C.25.3 et C.25.4). Les analyses montrent la position défavorable des personnes veuves, séparées ou divorcées, de même que des personnes les plus pauvres et des personnes qui ont été sans emploi au cours d'une période de 12 mois. Ces résultats concordent avec ceux observés lors de la précédente enquête.

Évolution de l'indice de soutien social

Comme le montre la figure 25.1, aucune différence significative n'est décelée, de façon générale, entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998 quant aux proportions de Québécois qui ont un score faible à l'indice de soutien social (19 % c. 20 %).

Figure 25.1
Niveau faible à l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

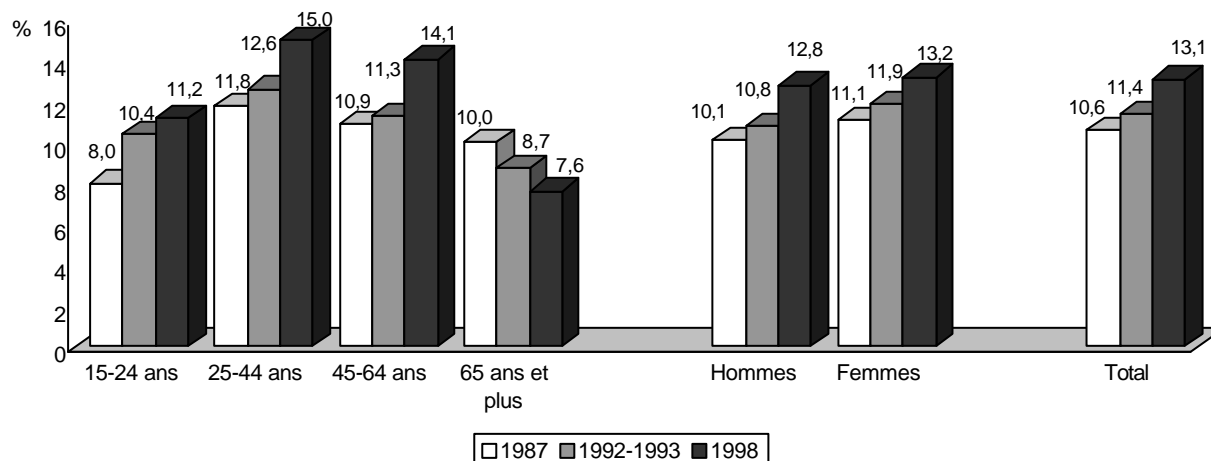
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Lorsqu'on examine la composante de l'indice qui se rapporte à la satisfaction quant à la vie sociale, on constate qu'il y a, en 1998, une proportion plus élevée de Québécois qui se disent insatisfaits de leur vie sociale comparativement aux enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (figure 25.2). Cette tendance s'observe chez les hommes et chez les femmes à travers les trois enquêtes, mais la différence n'est significative que chez les hommes. Lorsqu'on tient compte de l'âge, la différence est observée chez les personnes âgées de 25 à 44 ans et, également, chez les personnes de 45 à 64 ans.

25.2.2 Situation de vie et satisfaction quant à cette situation

Les résultats sur la situation de vie montrent que près de 14 % des Québécois âgés de 15 ans et plus vivaient seuls en 1998 (tableau 25.3). Ces résultats ne diffèrent pas de ceux obtenus en 1992-1993 (13 %). Comme dans l'enquête précédente, la proportion de personnes vivant seules augmente avec l'âge, cette proportion atteignant près de 31 % chez le groupe des 65 ans et plus. Dans ce groupe d'âge, les femmes sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les hommes à vivre seules (41 % c. 16 %).

Figure 25.2
Personnes insatisfaites de leur vie sociale selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 25.3
Situation de vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Ne vit pas seul	Vit seul	Pe
	%		'000
Hommes			
15-24 ans	95,4	4,6*	23
25-44 ans	85,4	14,6	172
45-64 ans	86,3	13,7	116
65 ans et plus	84,0	16,0	56
Total	87,2	12,8	366
Femmes			
15-24 ans	96,8	3,2*	15
25-44 ans	91,5	8,5	97
45-64 ans	84,1	15,9	138
65 ans et plus	58,8	41,2	193
Total	85,0	15,0	444
Sexes réunis			
15-24 ans	96,1	3,9	38
25-44 ans	88,4	11,6	269
45-64 ans	85,2	14,8	254
65 ans et plus	69,5	30,5	249
Total	86,1	13,9	810

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La population vivant seule est relativement satisfaite de cette situation de vie, puisqu'on estime à seulement 7 % le pourcentage d'individus qui se disent malheureux ou très malheureux de vivre seuls (tableau 25.4). Les distributions observées sont semblables à celles de l'enquête de 1992-1993 (9 %). Des proportions plus importantes d'hommes que de femmes se disent malheureux ou très malheureux de cette situation. Ainsi, dans les groupes d'âge de 15 à 64 ans, les proportions varient entre 10 % et 14 %. Chez les femmes, les proportions sont moindres. Elles varient entre 5 % et 10 %. Dans les deux groupes, les proportions de personnes qui se disent malheureuses ou très malheureuses de vivre seules diminuent avec l'âge.

Tableau 25.4
Bonheur de vivre seul selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Heureux ou très heureux	Ni heureux, ni malheureux	Malheureux ou très malheureux
	%		
Hommes			
15-24 ans	47,1*	39,4*	13,5**
25-44 ans	39,1	48,1	12,8*
45-64 ans	51,2	38,4	10,4*
65 ans et plus	60,7	34,8	4,5**
Total	46,6	42,5	10,8
Femmes			
15-24 ans	54,3*	36,2**	9,5**
25-44 ans	57,9	35,7	6,5**
45-64 ans	58,7	36,2	5,1**
65 ans et plus	68,0	29,5	2,5**
Total	62,4	33,2	4,4*
Sexes réunis			
15-24 ans	49,7	38,2*	12,1**
25-44 ans	45,8	43,7	10,5
45-64 ans	55,3	37,2	7,4**
65 ans et plus	66,4	30,7	3,0**
Total	55,3	37,4	7,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La présente enquête fournit des données inédites sur les personnes qui vivent seules et qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » dans leur vie. Ainsi, près du tiers des personnes qui vivent seules disent avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde » (tableau 25.5). La proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (39 % c. 22 %). Entre 45 et 64 ans par exemple, près de 46 % des hommes vivant seuls ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde », alors que seulement 26 % des femmes du même groupe d'âge sont dans cette situation. Chez les hommes, mis à part le groupe des 65 ans et plus, la proportion des personnes qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » augmente avec l'âge. Chez les femmes, cette proportion diminue avec l'âge.

Tableau 25.5
Personnes qui ont ou non, un conjoint, un « chum » ou une « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	A un conjoint, un « chum » ou une blonde	N'a pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde »
	%	
Hommes		
15-24 ans	41,0	59,0
25-44 ans	36,8	63,2
45-64 ans	46,2	53,8
65 ans et plus	28,8	71,2
Total	38,9	61,1
Femmes		
15-24 ans	44,4	55,6
25-44 ans	38,7	61,3
45-64 ans	25,6	74,4
65 ans et plus	7,9	92,1
Total	21,7	78,3
Sexes réunis		
15-24 ans	42,3	57,7
25-44 ans	37,5	62,5
45-64 ans	35,1	65,0
65 ans et plus	12,5	87,5
Total	29,6	70,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

25.2.3 Difficultés dans les relations avec le conjoint, le « chum » ou la « blonde »

La majorité des Québécois vivent avec un conjoint, que ce soit dans le cadre d'un mariage ou d'une union de fait (chapitre 2), et une proportion importante de ceux qui vivent seuls reconnaissent avoir un conjoint, un « chum » ou une « blonde ». Il importe donc de connaître le niveau de difficultés conjugales chez l'ensemble des individus en relation avec un conjoint, un « chum » ou une « blonde ». Le tableau 25.6 montre que 73 % des individus ne rapportent aucune difficulté conjugale. Toutefois, 27 % disent vivre des difficultés légères, moyennes ou sévères. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à ne rapporter aucune difficulté conjugale (76 % c. 71 %) et la proportion d'individus qui disent ne pas rencontrer de difficultés dans leur relation conjugale augmente avec l'âge (de 72 % à 78 %). Cette situation est vraie tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 25.6
Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998

	Pas de difficultés	Difficultés légères	Difficultés moyennes ou sévères
	%		
Hommes			
15-24 ans	74,8	18,9	6,3*
25-44 ans	74,1	13,6	12,4
45-64 ans	76,2	11,2	12,6
65 ans et plus	79,4	7,8*	12,8
Total	75,5	12,7	11,8
Femmes			
15-24 ans	69,3	17,7	13,1
25-44 ans	70,7	14,8	14,6
45-64 ans	70,1	11,9	18,0
65 ans et plus	75,4	7,8*	16,8
Total	70,7	13,6	15,7
Sexes réunis			
15-24 ans	71,7	18,2	10,1
25-44 ans	72,4	14,2	13,5
45-64 ans	73,2	11,5	15,3
65 ans et plus	77,6	7,8	14,6
Total	73,1	13,1	13,8
Pe '000	3 180	565	598

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le tableau 25.7 révèle des degrés de difficulté comparables pour chacune des catégories de l'état matrimonial de fait. On note toutefois une exception : les hommes et les femmes célibataires qui ont un conjoint, un « chum » ou une « blonde » sont proportionnellement plus nombreux (19 % dans les deux cas) à vivre des difficultés légères que les hommes et les femmes mariés (11 % et 12 %). Enfin, les hommes et les femmes sans emploi ainsi que ceux et celles qui tiennent maison, comparés aux hommes et aux femmes dans les autres statuts d'emploi, sont, toutes proportions gardées, plus nombreux à rapporter des difficultés conjugales moyennes ou sévères (tableau C.25.5).

Tableau 25.7

Indice de difficulté dans les relations, qu'on vive ou non avec son conjoint, son « chum » ou sa « blonde » selon le sexe et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998

	Pas de difficultés	Difficultés légères	Difficultés moyennes ou sévères
Hommes			
Marié	76,0	10,9	13,1
En union de fait	75,2	14,0	10,8
Veuf, séparé ou divorcé	73,0	9,7**	17,3*
Célibataire	74,9	18,6	6,5*
Total	75,5	12,6	11,8
Femmes			
Mariée	72,0	11,9	16,1
En union de fait	70,1	15,0	14,9
Veuve, séparée ou divorcée	69,1	14,4*	16,6*
Célibataire	66,6	18,6	14,9
Total	70,7	13,6	15,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

25.2.4 Intimité

Près du quart de la population âgée de 15 ans et plus, qu'elle vive ou non en couple, ou qu'elle ait ou non un conjoint, un « chum » ou une « blonde », a un résultat

négatif à l'indice d'intimité (tableau 25.8). Rappelons que les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui ont répondu ne pas en chercher ne sont pas prises en considération dans le calcul de l'indice. Ces personnes représentent le tiers de celles qui ont dit ne pas avoir de conjoint, de « chum » ni de « blonde » (données non présentées).

La proportion de personnes qui manquent d'intimité est légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (26 % c. 23 %) (tableau 25.8). La différence entre les deux sexes n'est significative que chez les personnes de 45 à 64 ans (23 % c. 17 %). Les proportions de personnes qui manquent d'intimité varient en fonction de l'âge. Les personnes les plus jeunes, celles qui sont âgées de 15 à 24 ans, manquent d'intimité dans des pourcentages plus importants que les autres groupes d'âge (34 % c. 25 %, 20 %, 21 %) et les personnes de 45 à 64 ans sont celles qui présentent le pourcentage le plus faible. Ces dernières ne diffèrent toutefois pas des personnes de 65 ans et plus.

Tableau 25.8

Indice d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Oui	Non
Hommes		
15-24 ans	65,4	34,6
25-44 ans	75,8	24,2
45-64 ans	83,4	16,6
65 ans et plus	82,3	17,7
Total	76,9	23,1
Femmes		
15-24 ans	66,3	33,7
25-44 ans	75,2	24,8
45-64 ans	76,9	23,1
65 ans et plus	75,8	24,2
Total	74,2	25,8
Sexes réunis		
15-24 ans	65,8	34,2
25-44 ans	75,5	24,5
45-64 ans	80,1	19,9
65 ans et plus	79,0	21,0
Total	75,5	24,5
Pe '000	4 407	1 418

1. Excluant les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui n'en cherchent pas.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'indice d'intimité varie selon l'état matrimonial de fait. Ainsi, les personnes veuves, séparées ou divorcées, de même que celles qui sont célibataires, manquent d'intimité dans des proportions bien plus élevées que les personnes mariées ou vivant en union de fait (39 % et 41 % c. 16 % et 18 %) (tableau C.25.6). Le même constat prévaut lorsqu'on compare les hommes aux femmes. On observe également des différences en fonction du revenu. Plus le niveau de revenu augmente, moins grandes sont les proportions de personnes qui disent manquer d'intimité. L'indice d'intimité varie également en fonction du statut d'activité. Les étudiants et les personnes sans emploi présentent les proportions les plus élevées (36 % et 33 % respectivement). À l'opposé, les personnes à la retraite, celles qui tiennent maison et celles qui ont un emploi présentent des valeurs sensiblement inférieures (20 %, 21 % et 23 %). Il n'existe pas de différences significatives entre les divers niveaux de scolarité.

Le tableau 25.9 révèle que, chez les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant à la proportion de personnes qui manquent d'intimité. Rappelons que pour les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », l'indice est défini par une réponse positive à une question qui porte sur la difficulté de trouver quelqu'un avec qui elles sont compatibles et avec qui elles s'entendent très bien. Chez les personnes qui n'ont ni conjoint, ni « chum » ni « blonde », on note toutefois des différences selon l'âge. Les personnes âgées de 25 à 44 ans qui n'ont ni conjoint, ni « chum » ni « blonde » manquent d'intimité dans des proportions plus importantes que celles qui sont âgées de 15 à 24 ans (67 % c. 53 %) et de 65 ans et plus (67 % c. 43 %). Lorsqu'on examine l'indice selon l'âge et le sexe, deux groupes semblent particulièrement à risque chez les femmes, celui des 45-64 ans et surtout celui des 25-44 ans. En effet, près des trois quarts des femmes de 25 à 44 ans manquent d'intimité (73 %), ce qui représente un écart significatif par rapport aux groupes des 15-24 ans (55 %) et des 65 ans et plus

(40 %), ainsi que par rapport à l'ensemble de la population féminine.

Tableau 25.9
Personnes qui manquent d'intimité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus n'ayant pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde »¹, Québec, 1998

	%
Hommes	
15-24 ans	51,3
25-44 ans	63,2
45-64 ans	54,2
65 ans et plus	48,7
Total	55,8
Femmes	
15-24 ans	55,3
25-44 ans	72,7
45-64 ans	61,4
65 ans et plus	40,2
Total	58,8
Sexes réunis	
15-24 ans	53,0
25-44 ans	67,2
45-64 ans	58,5
65 ans et plus	42,6
Total	57,2

1. Excluant les personnes qui ne cherchent pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde ».

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

25.2.5 Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence

Près d'un Québécois sur deux, âgé de 18 ans et plus, déclare avoir vécu un événement traumatisant ou plus au cours de son enfance ou de son adolescence et un sur dix en a vécu trois et plus (tableau 25.10). Des pourcentages légèrement plus élevés de femmes que d'hommes (48 % c. 46 %) rapportent de tels événements, ce qui est conforme à l'état des connaissances sur le sujet. La différence n'est toutefois pas significative. Les personnes qui appartiennent aux groupes d'âge les plus jeunes en auraient vécu dans des proportions plus importantes. Chez les 18-24 ans, 57 % des personnes rapportent avoir vécu de tels événements et les pourcentages diminuent en fonction de l'âge. Chez les 65 ans et plus, le pourcentage n'est plus que de 30 %.

Tableau 25.10

Indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	Aucun	Un	Deux	Trois et plus
	%			
Hommes				
18-24 ans	46,1	28,8	13,6	11,5
25-44 ans	48,9	26,4	13,1	11,5
45-64 ans	57,6	23,8	11,0	7,7
65 ans et plus	69,0	23,1	5,5*	2,5**
Total	53,6	25,5	11,6	9,3
Femmes				
18-24 ans	39,9	27,8	15,7	16,7
25-44 ans	44,6	25,0	16,6	13,8
45-64 ans	56,9	23,3	12,1	7,7
65 ans et plus	70,0	20,2	7,5	2,3*
Total	51,6	24,1	13,7	10,6
Sexes réunis				
18-24 ans	43,1	28,3	14,6	14,1
25-44 ans	46,8	25,7	14,8	12,7
45-64 ans	57,2	23,5	11,6	7,7
65 ans et plus	69,6	21,4	6,6	2,4*
Total	52,6	24,8	12,7	10,0
Pe '000	2 924	1 364	694	540

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les hommes et les femmes diffèrent quant à certaines composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence (tableau C.25.7). Ainsi, des proportions plus élevées d'hommes que de femmes déclarent avoir passé deux semaines ou plus à l'hôpital lorsqu'ils étaient enfants ou adolescents (14 % c. 12 %) et avoir dû quitter la maison parce qu'ils avaient fait quelque chose de mal (3,3 % c. 2,5 %). Par contre, des proportions plus élevées de femmes déclarent avoir vécu un événement qui les a effrayées à tel point qu'elles y ont pensé pendant des années (25 % c. 18 %), et plus de femmes que d'hommes rapportent avoir été maltraitées physiquement par un proche (7 % c. 6 %).

Toutes les composantes de l'indice varient selon l'âge (tableau 25.11). Les personnes de 18 à 24 ans déclarent avoir connu le divorce de leurs parents et des périodes de chômage de ces derniers dans des proportions plus importantes que celles des autres groupes. Celles qui sont âgées de 25 à 44 ans déclarent avoir vécu, en plus grandes proportions que celles des autres groupes, des problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogues des parents. Les personnes de 65 ans et plus sont celles qui ont les pourcentages les plus faibles à chacune des composantes de l'indice. De façon générale, les proportions de personnes ayant déclaré avoir vécu l'un ou l'autre des événements traumatisants de l'indice diminuent avec l'âge.

Tableau 25.11

Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon l'âge, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	18-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus	Total
	%				
Séjour de deux semaines ou plus à l'hôpital	12,0	13,8	13,6	9,8	13,0
Divorce des parents	23,7	15,2	4,2	2,5*	11,1
Père ou mère involontairement sans emploi pour une longue durée	23,2	16,5	12,8	9,4	15,2
Événement dont la pensée a effrayé pendant des années	26,2	25,3	19,3	11,0	21,7
Départ de la maison parce qu'avait fait quelque chose de mal	5,0	3,6	2,0	0,7**	2,9
Problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue du père ou de la mère	12,7	19,5	15,1	7,2	15,7
Mauvais traitement physique par un proche	5,6	8,0	6,2	2,5*	6,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

25.2.6 Liens avec divers indices sociaux et de santé

Les indices analysés, soit l'indice de soutien social, l'indice de difficulté dans les relations avec le conjoint, l'indice d'intimité et l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, sont associés de manière significative à plusieurs indices sociaux et de santé (tableau 25.12).

Chez les personnes qui ont un niveau faible à l'indice de soutien social, on retrouve une proportion plus importante de personnes qui appartiennent à la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui ont un niveau élevé à l'indice de soutien social (38 % c. 16 %). De même, chez les personnes ayant des difficultés dans leurs relations avec le conjoint, on retrouve une proportion plus importante de personnes dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui n'ont pas de difficulté avec le conjoint. Chez celles qui éprouvent des difficultés sévères, on estime à près de 45 % le pourcentage de personnes qui se retrouvent dans la catégorie élevée de l'indice de détresse. De plus, chez les personnes qui manquent d'intimité, on retrouve une proportion deux fois plus importante de personnes dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse

psychologique, comparativement aux personnes qui ne manquent pas d'intimité (37 % c. 15 %). Enfin, chez les personnes qui ont vécu des événements traumatisants, on note une proportion plus élevée de personnes dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui n'en ont pas vécus. Plus le nombre d'événements rapportés est élevé, plus importantes sont les proportions des personnes qui se retrouvent dans la catégorie supérieure de l'indice de détresse psychologique (de 21 % pour un événement à 37 % pour trois événements).

Chez les personnes qui se classent au niveau faible de l'indice de soutien social, on observe des proportions plus importantes de personnes qui ont présenté des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois, comparativement à celles qui sont au niveau élevé de l'indice (10 % c. 2,5 %). On note également d'importants écarts entre les personnes qui vivent des difficultés conjugales comparativement à celles qui n'en vivent pas. La proportion des personnes qui présentent des idées suicidaires est plus élevée pour les catégories de difficultés légères, moyennes et sévères comparativement à celles qui n'ont pas de difficultés (6 %, 7 %, 9 % c. 1,8 %).

Tableau 25.12

Certains indices sociaux et de santé selon les indices de l'environnement de soutien, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique	Idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois	Consommation d'alcool et de drogues au cours d'une période de 12 mois	Problèmes de santé de longue durée (6 mois ou plus)
	%			
Soutien social				
Faible	37,6	9,7	18,0	39,3
Élevé	15,8	2,5	17,5	34,4
Difficultés conjugales¹				
Aucune	13,1	1,8	14,4	32,0
Légères	28,0	5,8	19,3	35,6
Moyennes	36,0	7,3*	19,3	38,8
Sévères	44,8	9,2*	17,7	41,5
Manque d'intimité²				
Oui	36,6	8,8	25,3	38,0
Non	15,4	2,4	15,9	32,4
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence³				
Aucun	13,1	1,7	11,8	32,7
Un	20,9	4,3	17,9	37,1
Deux	28,8	6,2	24,8	39,7
Trois et plus	37,1	10,6	28,1	45,8

1. Population ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde ».

2. Excluant les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui n'en cherchent pas.

3. Population de 18 ans et plus.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chez celles qui manquent d'intimité, on observe aussi une proportion plus élevée de personnes qui ont nourri des idées suicidaires, comparativement à celles qui n'en manquent pas (9 % c. 2,4 %). De même, on retrouve des proportions plus importantes de personnes qui présentent des idées suicidaires chez les personnes qui rapportent avoir vécu un, deux ou trois événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence comparativement aux personnes qui n'en déclarent pas (4,3 %, 6 %, 11 % c. 1,7 %). Celles qui ne rencontrent pas de difficultés conjugales et celles qui ne rapportent pas d'événements traumatisants durant l'enfance ou l'adolescence se révèlent avantagées.

La proportion de personnes qui déclarent avoir consommé de l'alcool et des drogues est plus importante chez les personnes qui manquent d'intimité

que chez celles qui n'en manquent pas (25 % c. 16 %). De même, la proportion est plus forte chez celles qui rapportent avoir vécu trois événements traumatisants et plus durant l'enfance ou l'adolescence que celles qui n'en rapportent pas (28 % c. 12 %).

Enfin, les proportions de personnes qui présentent des problèmes de santé de longue durée sont plus importantes chez les personnes qui se classent au niveau faible de l'indice de soutien social comparativement à celles qui se classent au niveau élevé de l'indice (39 % c. 34 %), ainsi que chez celles qui manquent d'intimité comparées à celles qui n'en manquent pas (38 % c. 32 %) et chez celles qui ont vécu trois événements traumatisants et plus durant l'enfance ou l'adolescence comparativement aux autres catégories (46 % c. 33 %, 37 %, 40 %).

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Comme dans les deux enquêtes précédentes, les indices utilisés dans la présente enquête reposent sur un nombre limité d'indicateurs qui ne permettent pas de rendre compte de l'ensemble des aspects de l'environnement de soutien des Québécois. Toutefois, les résultats de la présente enquête montrent des différences importantes dans la qualité de l'environnement de soutien de différents groupes au sein de la population québécoise.

Si l'on considère les indices pour lesquels les données de l'enquête 1998 sont comparables à celles des enquêtes précédentes, les données de la présente enquête font ressortir une situation préoccupante pour certains groupes. C'est ainsi que la présente enquête montre que de grandes proportions d'individus se disent insatisfaits de leur vie sociale. Les hommes et les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans sont les groupes où l'on observe de plus grandes proportions d'individus insatisfaits. Puisque l'enquête précédente, comparée à celle de 1987, avait montré une diminution de la proportion des jeunes individus très satisfaits de leur vie sociale, les trois enquêtes comparées suggèrent une tendance à l'augmentation de la proportion des personnes vivant des difficultés sociales, pour chaque groupe d'âge, à l'exception de celui des plus de 65 ans. Étant donné les liens décelés entre les indices du milieu social et les indices sociaux et de santé, cette tendance mérite une attention soutenue des chercheurs et des services sociosanitaires.

Sous plus d'un aspect, l'enquête de 1998 montre un profil de soutien social comparable à celui de l'enquête de 1992-1993. D'une manière générale, la population des 15-24 ans et celle des 65 ans et plus présentent, dans des proportions plus importantes que les autres catégories d'âge, un niveau élevé à l'indice de soutien social. Les hommes, particulièrement ceux qui sont âgés de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à déclarer des niveaux faibles. La différence est particulièrement marquée par rapport au nombre de confidents et au nombre de personnes témoignant de

l'affection. Enfin, comme dans l'enquête précédente, les personnes veuves, séparés ou divorcées, celles qui ont un revenu inférieur et celles qui n'ont pas d'emploi bénéficient en moins grandes proportions d'un soutien social élevé. Au niveau de la situation de vie, les deux enquêtes montrent que la proportion d'individus vivant seuls augmente avec l'âge, que de plus grandes proportions de femmes que d'hommes de 65 ans et plus vivent seules et, qu'à tout âge, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à être insatisfaits de vivre seuls. Puisque, comme dans l'enquête de 1992-1993, la proportion de personnes satisfaites de vivre seules est généralement élevée, il y a lieu d'être prudent dans l'interprétation des résultats.

Les nouveaux indices de la présente enquête jettent un éclairage inédit sur l'environnement social des Québécois. Ainsi, un Québécois sur quatre ayant un conjoint, avec lequel il cohabite ou non, rapporte des difficultés dans les relations avec ce dernier. Les difficultés sont sévères chez un Québécois sur sept. Toutes proportions gardées, les personnes sans emploi rencontrent des difficultés conjugales dans des proportions plus importantes que les autres groupes. Par ailleurs, les jeunes Québécois sont plus nombreux que leurs aînés à avoir vécu le divorce de leurs parents et à avoir subi le chômage de ces derniers. Ceux qui sont âgés de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres à avoir déclaré des problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue des parents. Par ailleurs, l'enquête estime qu'un Québécois sur quatre rapporte manquer d'intimité, cette proportion étant plus grande chez les personnes sans emploi et chez les jeunes de 15 à 24 ans, malgré que ces derniers montrent un niveau élevé d'intégration sociale. On retrouve bien sûr dans ce groupe d'âge une proportion plus importante de personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde », et peut-être même qui n'en ont encore jamais eu. Mais le problème n'en est pas moins réel, puisque ces jeunes ont répondu qu'il leur était très difficile de trouver quelqu'un avec qui ils sont compatibles et avec qui ils s'entendent très bien.

À cet égard, les femmes de 45 à 64 ans manquent d'intimité dans des proportions plus importantes que les hommes du même âge. Parmi les individus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », on retrouve aussi chez les femmes de plus fortes proportions de personnes qui déclarent des difficultés conjugales. Ainsi, toutes proportions gardées, les femmes rapportent dans l'ensemble de meilleurs indices de soutien social que les hommes, mais elles sont par contre plus nombreuses qu'eux à signaler des problèmes conjugaux.

L'enquête de 1992-1993 remettait en question la validité de ses indicateurs reliés à la satisfaction conjugale et familiale, en raison des proportions particulièrement élevées d'individus satisfaits. En améliorant ces indices et en proposant de nouveaux indices, la présente enquête fournit probablement une image plus nuancée de la satisfaction sociale des Québécois, particulièrement sur la question des liens conjugaux et de l'intimité. Par conséquent, les écarts marqués entre les résultats des deux enquêtes au chapitre des relations conjugales sont sans doute attribuables en grande partie à ces modifications de la mesure. Eu égard aux nouveaux indices, il faudrait aussi nuancer les résultats relatifs à l'intimité étant donné le caractère exploratoire des questions servant à mesurer ce concept. Il faudrait également nuancer les résultats relatifs aux événements traumatisants anciens, puisque des biais de mémorisation, de réinterprétation du passé ou de désirabilité sociale ont pu influencer les réponses. Les qualités psychométriques de ces nouveaux indices devraient être examinées plus en profondeur.

Éléments de réflexion pour la planification

Par rapport aux enquêtes précédentes, l'*Enquête sociale et de santé 1998* met en lumière sensiblement les mêmes groupes vulnérables. Tous les résultats sur l'environnement de soutien sont reliés aux indices sociaux et de santé, pour lesquels les individus souffrant de pauvreté, les personnes sans emploi et les hommes de 25 à 64 ans apparaissent moins favorisés. La présente enquête semble de plus confirmer une tendance qui s'amorçait dans

l'enquête 1992-1993 concernant une situation plus favorable des personnes de 65 ans et plus.

Les politiques gouvernementales devraient donc soutenir les efforts envers les groupes vulnérables de façon à les protéger de l'exclusion sociale qui les guette ou qui les touche déjà. Le groupe des hommes âgés de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans, par ailleurs identifié comme un groupe à risque au sein de la *Stratégie d'action face au suicide* (MSSS, 1998), mérite une plus grande attention, tant des chercheurs que des intervenants. Des actions ou des programmes tenant compte des résultats de l'enquête en ce qui concerne le soutien social et la satisfaction face au fait de vivre seul pourraient être développés et évalués. D'autre part, les principes énoncés dans les *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002* (MSSS, 1997), soit la lutte aux inégalités sociales et l'engagement auprès des communautés locales, demeurent prioritaires dans le futur programme de santé publique. Cela implique également le maintien et le développement des actions qui visent à prévenir le décrochage scolaire, à favoriser l'insertion professionnelle, à créer des emplois, à réduire les écarts entre les différents groupes de la population, à soutenir la solidarité et l'entraide dans les communautés, enfin de toutes les actions susceptibles de développer le capital social (Bélanger, Sullivan et Sévigny, 2000). Finalement, comme dans l'enquête précédente, la présente enquête souligne l'importance du climat familial (divorce/séparation) comme zone privilégiée d'actions de prévention. La prévention des conflits, les interventions au stade précoce des conflits et l'attention portée au bien-être des enfants exposés à ces conflits et aux séparations pourraient faire l'objet de politiques prioritaires. De telles politiques seraient cohérentes avec les résultats de l'enquête sur *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999* (Clément et autres, 2000), lesquels montrent que la présence de discordes conjugales augmente les risques de violence psychologique et physique envers les enfants. En conséquence, un soutien accru doit être accordé au développement et à l'évaluation des programmes de prévention de discorde conjugale et familiale.

Bibliographie

BARRERA, M. (1986). «Distinction between social support, concepts, measures and models », *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, p. 413-445.

BEAUDET, M. P. (1996). *Dépression*, Rapports sur la santé, Statistique Canada, vol. 7, p. 11-25.

BÉLANGER, J.-P., R. SULLIVAN et R. SÉVIGNY (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, ASPQ Éditions.

BURMAN, B., et G. MARGOLIN (1992). « Analysis of the association between marital relationship and health problems », *Psychological Bulletin*, vol. 112, p. 39-63.

CAMIRAND, J., R. MASSÉ, C. FRENETTE et M. TOUSIGNANT (1993). *Rapport de la mi-enquête : analyse et demande de tableaux*, Groupe environnement social, Enquête Santé Québec 1992-1993, (Document de travail).

CLÉMENT, M. È., C. BOUCHARD, M. JETTÉ, et S. LAFERRIÈRE (2000). *La violence dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

GOTTMAN, J. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum.

KIECOLT-GLASER, J. K. (1999). « Norman Cousins memorial lecture 1998, stress, personal relationship, and immune function: health implications », *Brain, Behavior & Immunity*, vol. 13, p. 61-72.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique, 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998)., *Stratégie d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction de la santé publique, 94 p.

PRAGER, J. (1995). *The psychology of intimacy*, NY, Guilford Pub.

REISS, A. J., et J. A. ROTH (1993). *Understanding and preventing violence*, Washington, National Academy Press.

STATISTIQUE CANADA (1995). *Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

THOITS, P. A. (1995). « Stress, coping, and social support processes: Who? We? What next? », *Journal of Health and Social Behavior*, p. 53-79.

TOUSIGNANT, P. A. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Presses Universitaires de France.

TURNER, R. J., B. WHEATON et D. S. LLOYD (1995). « The epidemiology of social stress », *American Sociological Review*, vol. 60, p. 104-125.

WHEATON, B. (1991). *The specification of chronic stress: model and measurement*, Paper presented at an annual meeting of the Society for the study of social problems, August, Cincinnati, OH.

WHEATON, B. (1994). « Sampling the stress universe », dans AVISON, W. R. et I. H. GOTLIB, (éd.), *Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future*, New-York, Plenum.

Tableaux complémentaires

Tableau C.25.1

Composantes de l'indice de soutien social selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Fréquence des rencontres			
Une fois/an, jamais	6,4	4,1	5,3
Au moins une fois/mois	25,1	23,4	24,2
Une fois/semaine ou plus	68,5	72,5	70,5
Solitude durant les temps libres			
Seul plus de la moitié du temps	13,4	13,8	13,6
Avec d'autres	86,6	86,2	86,4
Satisfaction quant à la vie sociale			
Non satisfait	12,8	13,2	13,1
Plutôt satisfait	55,7	56,0	55,8
Très satisfait	31,5	30,8	31,1
Présence d'amis			
Non	6,6	5,8	6,2
Oui	93,4	94,2	93,8
Satisfaction dans les rapports avec les amis			
Non satisfait	3,2	3,1	3,1
Plutôt satisfait	48,7	44,5	46,6
Très satisfait	48,1	52,4	50,3
Nombre de confidents			
Aucun	14,3	7,6	10,9
Un	21,1	17,5	19,3
Deux	28,5	32,3	30,4
Trois et plus	36,1	42,6	39,4
Nombre de personnes pouvant aider au besoin			
Aucune	4,6	2,6	3,6
Une	12,8	11,5	12,1
Deux	24,5	24,0	24,2
Trois et plus	58,1	61,9	60,0
Nombre de personnes démontrant de l'affection			
Aucune	6,2	2,7	4,4
Une	16,9	10,8	13,9
Deux	19,6	17,6	18,6
Trois et plus	57,3	68,8	63,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.2

Composantes de l'indice de soutien social selon l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Marié	En union de fait	Veuf, séparé ou divorcé	Célibataire
	%			
Fréquence des rencontres				
Une fois/an, jamais	4,5	4,3	5,9	7,0
Au moins une fois/mois	26,5	27,0	19,9	20,4
Une fois/semaine ou plus	69,0	68,7	74,2	72,6
Solitude durant les temps libres				
Seul plus de la moitié du temps	8,2	8,8	28,8	18,8
Avec d'autres	91,8	91,2	71,2	81,3
Satisfaction quant à la vie sociale				
Non satisfait	10,3	13,0	17,7	15,7
Plutôt satisfait	56,9	56,1	55,5	53,7
Très satisfait	32,8	30,9	26,8	30,6
Présence d'amis				
Non	6,5	6,2	9,2	4,2
Oui	93,5	93,8	90,8	95,8
Satisfaction dans les rapports avec les amis				
Non satisfait	2,2	3,7	3,5*	4,3
Plutôt satisfait	46,6	50,5	40,3	46,7
Très satisfait	51,2	45,7	56,2	49,0
Nombre de confidants				
Aucun	12,7	9,5	10,2	9,2
Un	21,0	21,3	17,2	16,0
Deux	30,0	32,4	29,6	30,3
Trois et plus	36,3	36,8	43,0	44,5
Nombre de personnes pouvant aider au besoin				
Aucune	3,7	3,3	4,4	3,2
Une	12,3	12,7	14,1	10,6
Deux	23,6	25,3	25,9	24,1
Trois et plus	60,4	58,6	55,6	62,1
Nombre de personnes démontrant de l'affection				
Aucune	4,0	3,7	4,7	5,6
Une	12,8	15,0	13,2	15,1
Deux	16,7	19,8	21,5	19,6
Trois et plus	66,5	61,5	60,6	59,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.3

Composantes de l'indice de soutien social selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Très pauvre	Pauvre	Moyen inférieur	Moyen supérieur	Supérieur
	%				
Fréquence des rencontres					
Une fois/an, jamais	10,9	6,4	5,4	4,4	3,5**
Au moins une fois/mois	17,6	21,4	22,3	25,9	30,3
Une fois/semaine ou plus	71,5	72,2	72,3	69,7	66,2
Solitude durant les temps libres					
Seul plus de la moitié du temps	26,8	19,7	13,0	10,9	10,8
Avec d'autres	73,2	80,3	87,0	89,1	89,2
Satisfaction quant à la vie sociale					
Non satisfait	21,6	17,3	12,6	11,3	11,0
Plutôt satisfait	50,6	54,2	56,0	57,4	55,0
Très satisfait	27,8	28,5	31,4	31,3	34,0
Présence d'amis					
Non	10,5	7,4	6,2	5,4	4,8
Oui	89,5	92,6	93,8	94,6	95,2
Satisfaction dans les rapports avec les amis					
Non satisfait	3,8*	3,6*	3,5	2,6	3,3*
Plutôt satisfait	41,6	45,0	46,1	48,0	47,2
Très satisfait	54,6	51,4	50,4	49,4	49,5
Nombre de confidants					
Aucun	15,1	12,6	10,7	10,3	9,5
Un	21,9	19,7	20,7	18,4	16,1
Deux	26,2	31,2	30,0	31,3	30,2
Trois et plus	36,7	36,5	38,6	40,0	44,2
Nombre de personnes pouvant aider au besoin					
Aucune	10,7	4,8	3,3	2,9	1,7*
Une	17,1	16,0	13,0	10,6	8,3
Deux	25,7	26,4	24,6	23,7	22,2
Trois et plus	46,5	52,8	59,1	62,8	67,8
Nombre de personnes démontrant de l'affection					
Aucune	10,8	6,0	4,2	3,5	2,8*
Une	18,8	16,1	14,7	12,2	11,6
Deux	20,2	21,2	18,6	18,2	16,4
Trois et plus	50,2	56,7	62,5	66,1	69,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.4

Composantes de l'indice de soutien social selon le fait d'être en emploi ou sans emploi¹, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	En emploi	Sans emploi
	%	
Fréquence des rencontres		
Une fois/an, jamais	4,7	11,0
Au moins une fois/mois	27,7	22,8
Une fois/semaine ou plus	67,5	66,2
Solitude durant les temps libres		
Seul plus de la moitié du temps	12,0	25,2
Avec d'autres	88,0	74,8
Satisfaction quant à la vie sociale		
Non satisfait	13,2	27,2
Plutôt satisfait	58,1	48,3
Très satisfait	28,7	24,5
Présence d'amis		
Non	5,5	10,0
Oui	94,5	90,0
Satisfaction dans les rapports avec les amis		
Non satisfait	3,5	4,1*
Plutôt satisfait	50,0	46,7
Très satisfait	46,5	50,2
Nombre de confidents		
Aucun	11,3	14,9
Un	20,0	24,2
Deux	31,3	27,4
Trois et plus	37,4	33,6
Nombre de personnes pouvant aider au besoin		
Aucune	3,4	8,8
Une	12,0	18,2
Deux	24,5	25,5
Trois et plus	60,1	47,5
Nombre de personnes démontrant de l'affection		
Aucune	4,4	9,7
Une	14,5	18,0
Deux	19,1	21,7
Trois et plus	62,0	49,6

1. Excluant les étudiants, les personnes qui tiennent maison et les retraités.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.5

Personnes ayant des difficultés conjugales moyennes ou sévères selon le sexe et le statut d'activité habituelle, population de 15 ans et plus ayant un conjoint, un « chum » ou une « blonde », Québec, 1998

	En emploi	Aux études	Tient maison	À la retraite	Sans emploi
	%				
Hommes	11,8	6,4*	20,8*	12,8	15,2*
Femmes	15,2	14,4	17,0	14,5	18,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.6

Personnes qui manquent d'intimité selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques et selon le sexe, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
État matrimonial de fait			
Marié	14,3	17,5	15,9
En union de fait	15,8	19,3	17,5
Veuf, séparé ou divorcé	37,0	40,5	39,2
Célibataire	40,4	41,7	41,0
Niveau de revenu			
Très pauvre	29,3	35,5	32,5
Pauvre	30,1	29,8	29,9
Moyen inférieur	24,1	26,5	25,3
Moyen supérieur	21,7	23,9	22,8
Supérieur	17,8	21,0	19,3
Statut d'activité			
En emploi	21,0	25,0	22,7
Aux études	35,0	36,1	35,5
Tient maison	26,2*	20,7	21,1
À la retraite	17,1	24,0	19,8
Sans emploi	32,5	33,0	32,7
Scolarité relative			
Plus faible	24,3	24,3	24,3
Faible	22,4	24,9	23,7
Moyenne	21,9	27,4	24,9
Élevée	23,2	26,0	24,4
Plus élevée	24,0	25,8	24,9

1. Excluant les personnes qui n'ont pas de conjoint, de « chum » ni de « blonde » et qui n'en cherchent pas.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.25.7

Composantes de l'indice d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence selon le sexe, population de 18 ans et plus, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Séjour de deux semaines ou plus à l'hôpital	14,1	11,9	13,0
Divorce des parents	11,2	11,0	11,1
Père ou mère involontairement sans emploi pour une longue durée	15,0	15,5	15,2
Événement dont la pensée a effrayé pendant des années	18,1	25,2	21,7
Départ de la maison parce qu'avait fait quelque chose de mal	3,3	2,5	2,9
Problèmes familiaux dus à la consommation d'alcool ou de drogue du père ou de la mère	15,2	16,2	15,7
Mauvais traitement physique par un proche	5,5	7,4	6,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

NIVEAU 3 RÉSEAU D'APPARTENANCE

Milieu de travail

Travail et santé
Environnement psychosocial du travail

Chapitre 26

Travail et santé

Robert Arcand
France Labrèche
Susan Stock

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Karen Messing
France Tissot
CINBIOSE
Université du Québec à Montréal

Introduction

Selon le recensement canadien de 1996 (Statistique Canada, 1997), la moitié de la population québécoise, tous âges confondus, fait partie de la population active. C'est donc dire que le travail comme déterminant de l'état de santé touche une proportion importante de Québécois. Pour la première fois au Québec, une enquête populationnelle permet d'analyser l'état de santé des travailleurs selon certaines caractéristiques et conditions de leur emploi ainsi que selon l'exposition à certains risques professionnels et environnementaux.

Les aspects abordés par le volet santé au travail rejoignent plusieurs priorités de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992) ainsi que celles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) (1995). Ces priorités signalent la nécessité d'agir sur les facteurs de risque professionnels et environnementaux, incluant l'organisation du travail (PSBE #8), pouvant occasionner des traumatismes au travail (PSBE #10), des maladies professionnelles (et plus particulièrement celles du système respiratoire) (PSBE #12 et CSST #2 à 6 et 8 à 10), des problèmes musculo-squelettiques (PSBE #11 et CSST #1) et des problèmes de santé en général. Rappelons que la

CSST traite annuellement environ 177 000¹ nouveaux dossiers de lésions professionnelles (soit des accidents de travail ou des maladies professionnelles), dont 9 900 concernent des maladies professionnelles (ex. : surdité, lombalgie, syndrome de canal carpien, problème respiratoire, etc.). Selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001), une lésion professionnelle est une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Ces lésions génèrent des déboursés d'environ 1,2 milliard de dollars annuellement. Toutefois, la prévalence réelle des lésions professionnelles dans notre population n'est pas connue. On sait que les banques de données provenant des commissions d'indemnisation de lésions professionnelles en sous-estiment l'ampleur chez l'ensemble des travailleurs et ne contiennent pas d'information sur l'environnement ou les conditions de travail qui pourraient leur être associés (Bombardier et autres, 1985; Duguay et Massicotte, 1999; Fine et autres, 1986; Stock, 1997; Développement des ressources humaines Canada, 1996). Près de la moitié des lésions professionnelles touchent le système musculo-squelettique (dos inclus). Les problèmes musculo-squelettiques et respiratoires comptent parmi les principales atteintes à la santé qui sont

¹ Moyenne établie à partir des données de 1991 à 1996 de la CSST, Direction de la statistique et de la gestion de l'information. Annexes statistiques aux rapports annuels de 1991 à 1996.

associées à un fort effet de sélection ou d'exclusion de la population active.

Les conditions de travail consistent en l'ensemble des faits et circonstances caractéristiques du milieu de travail. Elles sont modulées suivant le secteur d'activité économique et le groupe professionnel, et varient, entre autres, selon le sexe et l'âge des travailleurs. Dans ce chapitre, quelques conditions de travail sont examinées, notamment certaines composantes d'organisation du travail, certains risques physiques et chimiques, les accidents de travail avec blessures, la fréquence des situations de tension avec le public, de même que l'exposition au travail à la violence physique, à l'intimidation et aux paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Par ailleurs, plusieurs auteurs suggèrent que certaines caractéristiques du travail (type d'emploi, statuts de permanence et de syndicalisation, taille de l'entreprise, type de profession) pourraient avoir des effets sur la santé et la sécurité des travailleurs (François et Liévin, 1986; Berthelette, 1990; Berthelette et Planché, 1995; Simard et autres, 1988; Letz, 1995; Karasek et Theorell, 1990; Laflamme et Cloutier, 1988). L'effet présumé sur la santé de ces caractéristiques et conditions de travail constitue un champ qu'il importe d'explorer.

En ce qui concerne les atteintes respiratoires, selon divers systèmes de notification par des «médecins sentinelles», tant au Québec (Provencher et autres, 1997) qu'ailleurs (Contreras et autres, 1994; Meredith et McDonald, 1994), l'asthme constitue la maladie pulmonaire d'origine professionnelle la plus répandue et peut s'avérer une maladie grave (Mao et autres, 1987). Toutefois, l'asthme d'origine professionnelle demeure difficile à documenter par questionnaire. Une approche plus appropriée dans une enquête populationnelle consiste à estimer la prévalence d'exposition aux plus importants agents causaux de l'asthme professionnel, soit, après les isocyanates (composants de certains plastiques), les poussières de farine, céréales et grains, les poussières de bois et les fumées de soudage (Provencher et autres, 1997;

Contreras et autres, 1994; Meredith et McDonald, 1994; Sallie et autres, 1994; Chan-Yeung et Malo, 1994).

Les accidents de travail sont reliés à un ensemble fort complexe de facteurs interagissant pour augmenter ou diminuer le risque d'incidents. Les travailleurs plus jeunes, avec moins d'ancienneté, présentent un risque plus élevé de subir des accidents, bien que les accidents mortels se produisent plus souvent chez les travailleurs de plus de 40 ans (Letz, 1995; Jeong, 1998). L'impact de la taille de l'entreprise sur le risque d'accidents varierait selon le secteur d'activité économique. De manière générale, les entreprises de moins de 10 travailleurs (Jeong, 1998) et celles de 10 à 200 travailleurs (Salminen, 1993) présenteraient un risque accru. Une augmentation du risque d'accidents est aussi associée à des facteurs ayant pour conséquence une diminution de la vigilance telles, entre autres, l'exposition à des solvants organiques, la fatigue (résultant de l'organisation du travail ou d'autres situations) ou encore l'exposition du corps entier à des vibrations (Seidel et Heide, 1986; Hunting et autres, 1991; Duchon et Smith, 1993; Lowden et autres, 1998).

Les phénomènes de violence, tant physique que verbale, et d'intimidation ainsi que de harcèlement sexuel en milieu de travail occupent de plus en plus de place dans les préoccupations des travailleurs et des intervenants en santé publique. Ces situations difficiles à circonscrire semblent avoir des effets directs et indirects sur la santé, sous forme de problèmes physiques et psychiques (problèmes gastro-intestinaux, troubles du sommeil, maux de tête, perte d'estime de soi, etc.) (Whittington et Wykes, 1989; Gutek et Koss, 1993; Poster et Ryan, 1989; Flannery, 1996; van Roosmalen et McDaniel, 1998). Poster et Ryan (1989) rapportent que 73 % du personnel de quelques départements psychiatriques et neurologiques déclarait avoir déjà subi de la violence physique de la part des patients, 7 % des employés disant avoir subi 20 épisodes ou plus de ce genre durant leur carrière. Une recension de la littérature sur le harcèlement sexuel dans les universités et les collèges canadiens montre qu'entre 10 % et 57 % des

étudiantes et du personnel auraient subi de telles situations (van Roosmalen et McDaniel, 1998).

L'intérêt de l'étude des problèmes musculo-squelettiques tient à ce qu'ils sont la principale cause d'incapacité dans la population québécoise (Santé Québec et autres, 1988; voir également les chapitres 13 et 18 du présent rapport), de même qu'au Canada et dans les autres pays industrialisés (Bombardier et autres, 1985; McNeil, 1994). Une importante proportion de ces incapacités serait imputable aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail. Les problèmes musculo-squelettiques en milieu de travail sont d'origine multifactorielle. Au cours des 20 dernières années, la contribution des facteurs professionnels à ces lésions a été de plus en plus reconnue, plus précisément, les facteurs physiques, les facteurs psychologiques, les facteurs d'organisation du travail et d'autres facteurs psychosociaux en milieu de travail. Des recensions rigoureuses de la littérature épidémiologique décrivent l'état des connaissances concernant les liens entre divers problèmes musculo-squelettiques et les facteurs professionnels (Bernard, 1997; Kuorinka et Forcier, 1995; National Research Council, 1998). Ces connaissances permettent le développement et l'implantation des programmes de prévention contre ces lésions ou l'incapacité y étant associée.

Récemment, des chercheurs du Canada (Cassidy et autres, 1998; Liira et autres, 1996), des États-Unis (Guo et autres, 1999, 1995; Tanaka et autres, 1994, 1995) et d'Europe (Makela et autres, 1993, 1991; Hildebrandt, 1995a, 1995b; Hagen et Thune, 1998; Heran-Le Roy et autres, 1999) ont étudié la prévalence des maux de dos ou du syndrome du canal carpien chez plusieurs groupes de travailleurs. Dépendamment de la question posée, l'estimation de la prévalence des maux de dos au moment de l'enquête varie entre 18 % et 28 % et la prévalence d'incapacité associée à ces maux de dos varie entre 5 % et 18 %. La prévalence des maux de dos de longue durée chez les adultes de moins de 65 ans est de 8 % en Ontario (Liira et autres, 1996). L'enquête américaine *National Health Interview Survey* de 1988 estime que 1,5 % des

travailleurs se plaignent de douleurs de longue durée aux mains et dans un tiers de ces cas, un médecin a indiqué que le diagnostic était le syndrome du canal carpien (Tanaka et autres, 1995, 1994). Au Québec, il y a très peu d'études populationnelles concernant les maux de dos et aucune étude populationnelle concernant la prévalence d'autres lésions musculo-squelettiques reliées au travail.

Les postures de travail dépendent des contraintes de la tâche et de l'aménagement de l'ensemble du poste de travail. Le maintien de la position debout statique ou fixe requiert un effort soutenu des muscles du dos et des membres inférieurs pour conserver l'équilibre. La posture debout, avec ou sans déplacements, est associée à la douleur et à des troubles aux membres inférieurs (Ryan, 1989; Krijnen et autres, 1997). S'asseoir représente un repos par rapport à rester debout; on augmente les surfaces d'appui, ce qui diminue la pression sur chacune. Par contre, la pression à l'intérieur des disques, au niveau lombaire de la colonne, est augmentée par rapport à la posture debout (Vézina et Lajoie, 1996).

Lorsqu'on étudie les effets de la posture de travail, il faut également prendre en considération les contraintes posturales (Selin et autres, 1994; Messing et Kilbom, 1999). Est-ce que la personne peut bouger, se lever, marcher ou est-elle immobile? En fait, le maintien d'une position statique, debout ou assise, a depuis longtemps été identifié comme élément précurseur de douleur, d'inconfort et de fatigue, particulièrement dans la région lombaire et aux membres inférieurs (Laville, 1985).

Ce chapitre examine quatre différents aspects de la relation entre le travail et la santé, soit certaines caractéristiques générales des travailleurs, diverses conditions de travail, les problèmes musculo-squelettiques des travailleurs et les postures de travail.

Les caractéristiques générales des travailleurs étudiées dans la présente enquête sont le sexe, l'âge, le type d'emploi, le statut de permanence, le statut

d'emploi (temps plein ou partiel) et de syndicalisation, le type de profession (manuelle, non manuelle ou mixte) et la taille de l'entreprise. Les conditions de travail examinées sont l'organisation du travail, les risques ou contraintes physiques et chimiques, la fréquence des situations de tension vécues avec le public, la violence physique, l'intimidation et les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés. Ces conditions sont décrites systématiquement selon le sexe et l'âge, puis, pour certaines d'entre elles, selon la présence concomitante d'autres conditions de travail. Lorsque possible, les liens entre les conditions de travail et les accidents de travail avec blessures sont investigués, ainsi qu'entre les conditions et l'autonomie décisionnelle et la demande psychologique au travail, la perception de l'état de santé en général et de la santé mentale, l'indice de détresse psychologique et la présence des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité.

La prévalence de divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée est également estimée chez les travailleurs ainsi que celle des douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre partie du corps, perçues comme étant reliées ou non au travail, au cours d'une période de 12 mois et d'une autre de 7 jours. Par la suite, la relation entre ces problèmes et le sexe, l'âge, le type de profession, l'exposition à certaines contraintes physiques au travail et l'impact sur les activités de travail est étudiée. L'excès de poids, souvent associé à des problèmes d'articulations (Hartz et autres, 1986) ou de dos (Leboeuf-Yde, 2000), est aussi évalué chez les travailleurs.

Quant aux postures de travail, leur prévalence est examinée, dans un premier temps, selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes. Ensuite, les liens entre la posture de travail générale (debout contre assise) et les douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs au cours d'une période de sept jours, qu'elles soient reliées entièrement ou en partie au travail, sont examinés selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes. Les liens entre les douleurs et le niveau de contrainte de la posture sont également étudiés.

26.1 Aspects méthodologiques

26.1.1 Indicateurs

Les données utilisées pour les analyses proviennent principalement des questions 48 à 52 et 71 à 97 de la section VIII - Le travail, du questionnaire autoadministré (QAA), de même que des questions 52, 76 à 78, 162, 165, 168 et 171 des sections V, VI et XIV du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI).

La population de référence de ce chapitre est constituée des personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, tel qu'établi par la question suivante : « Occupez-vous présentement un emploi rémunéré (à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à votre compte, y compris si vous êtes actuellement en vacances, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lockout? » (QAA48). Cette question sert d'introduction à la section et s'inspire d'une question utilisée dans *l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*.

Caractéristiques générales des travailleurs

Les questions 49a à 49c et 50 à 52 du QAA et 162, 165, 168 et 171 du QRI concernent les caractéristiques générales des travailleurs. Les indicateurs retenus sont le type d'emploi (travaille à son compte, travaille pour un seul employeur, travaille pour plus d'un employeur) (QAA49a à QAA49c), la taille de l'entreprise dans laquelle œuvre le travailleur (20 travailleurs et moins, 21 travailleurs et plus) (QAA50), le statut de permanence (emploi temporaire, emploi permanent) (QAA51), le statut de syndicalisation (QAA52), le statut de l'emploi (temps plein à 28 heures et plus par semaine ou temps partiel à 27 heures et moins par semaine) (QRI168 et QRI171), ainsi que le type de profession (manuelle, non manuelle, mixte) (QRI165).

Les questions 49, 51 et 52 du QAA ont été conçues pour les besoins de l'enquête. La question 50 du QAA s'inspire d'une question de *l'Enquête sur la population active 1997* de Statistique Canada. Les questions 165 et 168 du QRI proviennent de l'enquête *Santé Québec 1987* et de *l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*; la

question 171 du QRI provient de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Pour ce qui est du type de profession (QRI165), un nouveau système de classification des professions en trois catégories (professions manuelles, non manuelles et mixtes), développé par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (Hébert, 1996), a été utilisé. Cette classification tient compte de la nature du travail et de la capacité physique nécessaire pour répondre aux exigences de la tâche en regroupant les codes professionnels à quatre chiffres de la Classification canadienne descriptive des professions (Emploi et Immigration Canada, 1989).

L'ancienneté au travail (QRI162) a été analysée uniquement en fonction des accidents de travail avec blessures. Cette question provient de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Conditions de travail

Les questions 71 à 86 du QAA concernent les conditions de travail. La question 71 porte sur la fréquence des situations de tension vécues avec le public dans le cadre du travail. Les questions 72 à 85 portent sur l'organisation du travail et les risques ou contraintes physiques et chimiques auxquels le répondant peut être exposé dans le cadre de son travail, soit tout le temps, assez souvent, de temps en temps ou jamais. Les questions sur l'organisation du travail concernent l'horaire de travail irrégulier ou imprévisible (QAA72), l'horaire de travail de nuit (QAA73) et la rémunération au rendement, à la commission ou au bonus (QAA75). Les questions sur les risques ou contraintes portent sur le travail répétitif des mains et des bras (QAA74), la manipulation de charges lourdes (QAA76), le fait de fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (QAA77), les vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras) (QAA78), les vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps) (QAA79), le bruit intense (QAA80), les poussières de farine

(QAA81) ou de bois (QAA82), la fumée de soudage (QAA83), les solvants (QAA84) et les pesticides (QAA85). Enfin, trois dernières questions portent sur la violence physique au travail (QAA86a), l'intimidation au travail (QAA86b) et les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail (QAA86c), et ceux-ci, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

La question 71 provient du questionnaire complémentaire sur les conditions de travail de l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en France. À l'exception de la question sur l'exposition au bruit intense (QAA80) qui s'inspire du questionnaire du *Second European Survey on Working Conditions (Eurobarometer 44.2)*, les questions 72 à 85 sont une adaptation de celles du questionnaire de l'*Enquête sur la santé, le travail et le vieillissement* en France (Derriennic et autres, 1992). Les questions 86a à 86c s'inspirent de celles d'*Eurobarometer 44.2*, questionnaire du *Second European Survey on Working Conditions*.

Il est à noter que certaines analyses dans cette section ont été effectuées en utilisant l'indice d'autonomie décisionnelle (QAA53 à QAA61) et celui de la demande psychologique au travail (QAA61 à QAA70). Les questions sur l'autonomie décisionnelle au travail et celles sur la demande psychologique au travail sont des traductions d'échelles provenant du *Job Content Questionnaire* (Karasek, 1985). La traduction française de ces échelles a été validée par Larocque et autres (1998). Les données relatives à ces questions ont aussi été présentées dans le chapitre 27 - Environnement psychosocial au travail. Par ailleurs, les accidents de travail avec blessures au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ont été mesurés à l'aide de la question 52 du QRI qui provient de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Les données relatives à cette dernière question ont aussi été présentées dans le chapitre 15 - Accidents avec blessures.

Problèmes musculo-squelettiques

La prévalence des problèmes musculo-squelettiques chez les travailleurs québécois a été évaluée par le biais de trois séries de questions portant sur : a) les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée, b) les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, et c) les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 7 jours ayant précédé l'enquête.

Les questions concernant les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée (QRI76 à QRI78) proviennent de l'enquête *Santé Québec 1987*. En 1998, des sous-questions (QRI76a à QRI76c, QRI77a et QRI78a à QRI78e) ont été ajoutées afin de mieux distinguer les régions touchées de la colonne et d'évaluer la prévalence d'autres problèmes des tissus mous.

Les questions concernant les douleurs musculo-squelettiques ressenties à l'une ou l'autre des parties du corps au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA90 à QAA95) et celles ressenties au cours des 7 jours (QAA96 à QAA97) ayant précédé l'enquête ont été élaborées à partir du questionnaire nordique développé par des chercheurs des pays scandinaves pour mesurer la prévalence des problèmes musculo-squelettiques (Kuorinka et autres, 1987). Ce questionnaire a été validé à plusieurs reprises (Andersson et autres, 1987; Ohlsson et autres, 1994). Les précisions concernant la durée de la douleur ressentie au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, sa relation avec le travail et son impact sur le travail (QAA91 à QAA95) ont été limitées à une seule partie du corps – celle dont la douleur a le plus dérangé le répondant dans ses activités au cours de la même période. Le répondant devait également indiquer s'il croyait que les douleurs ressenties au cours des sept derniers jours étaient reliées entièrement au travail ou en partie seulement, ou non reliées au travail (QAA97). La pertinence de mesurer la perception du lien entre la douleur musculo-

squelettique et le travail a été démontrée par Johansson (Johansson, 1994; Johansson et Rubenowitz, 1994). Le fait d'exclure les individus conscients que leur douleur est due à d'autres causes que le travail (ex. : accident de voiture, sport ou toute autre activité), permet de mieux évaluer les liens entre les douleurs et le travail.

La prévalence de chacune des trois mesures de problèmes musculo-squelettiques a été évaluée selon le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle, le type de profession et l'exposition à des risques ou contraintes physiques au travail. Pour chaque contrainte au travail, la proportion des douleurs ressenties « assez souvent ou tout le temps » chez les personnes exposées « assez souvent ou tout le temps » à une contrainte quelconque a été comparée à celle observée chez les personnes qui ne sont « jamais » exposées. On a également comparé les douleurs ressenties « assez souvent ou tout le temps » chez les travailleurs manuels et les travailleurs non manuels.

Posture de travail

Les questions 87 à 89 du QAA concernent les postures de travail. La question 87 évalue la posture de travail générale (assise ou debout) au cours d'une journée de travail régulière. Les questions 88 et 89, qui évaluent les différents niveaux de contrainte des postures debout ou assise, donnent un portrait plus détaillé des diverses postures de travail. Ces questions s'inspirent de celles utilisées dans l'*Enquête sur l'emploi 1991* de l'INSEE en France.

Il est à noter que lors de l'analyse des données de ce chapitre, les catégories d'âge ont été ainsi regroupées : 15 à 24 ans, 25 à 39 ans, 40 à 49 ans et 50 ans et plus, et ce, afin de pouvoir tenir compte de l'âge ainsi que des problèmes musculo-squelettiques dans la population des travailleurs.

26.1.2 Portée et limites des données

Il faut rappeler ici que les données sur les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée provenant des questions QRI76 à QRI78 sont rapportées en grande partie par une tierce personne. Une sous-estimation de la fréquence de certains problèmes musculo-squelettiques est donc possible. Par ailleurs, les réponses aux questions QAA90 à QAA95 qui portent sur les douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête peuvent être l'objet d'un biais de mémoire et occasionner une sous-déclaration ou surdéclaration des lésions professionnelles. En effet, le biais de mémoire peut apparaître lorsque la période de rappel s'étend sur 12 mois (Landen et Hendricks, 1995). Cependant, la possibilité de ce biais est réduite lorsque la période de rappel est plus courte (Landen et Hendricks, 1995), comme c'est le cas pour les questions QAA96 et QAA97 portant sur les douleurs ressenties au cours des sept jours ayant précédé l'enquête.

Par ailleurs, il faut souligner la non-réponse relativement élevée (11,3 %) à la question sur l'identification de la partie du corps pour laquelle le travailleur a ressenti la douleur qui l'a le plus dérangé dans ses activités au cours des 12 derniers mois (QAA91). Plusieurs répondants à cette dernière question ont choisi plus d'une partie du corps et leurs réponses ont été exclues des analyses, ce qui a augmenté le taux de non-réponse partielle. Ces répondants étaient moins scolarisés et plus âgés que les autres.

Concernant l'exposition aux risques ou contraintes physiques au travail, il n'est pas possible de savoir si les relations constatées dans la présente enquête entre les problèmes musculo-squelettiques et ces contraintes reflètent une exposition plus élevée chez les personnes atteintes ou une différence dans la perception des contraintes chez ces dernières.

Lors de l'analyse des résultats sur la santé des travailleurs, on peut être tenté de penser que les différences entre les hommes et les femmes reflètent

les spécificités physiologiques ou psychologiques des deux sexes (Stenberg et Wall, 1995; Messing et autres, 1998). Toutefois, il faut aussi tenir compte de la division sexuelle du travail rémunéré et des interactions entre les conditions de travail rémunéré et non rémunéré qui entraînent des réalités d'exposition très différentes pour les femmes et les hommes. Le même genre de considérations s'applique aux personnes d'âges différents (Derriennic et autres, 1992). Il faut donc être prudent lors de l'interprétation des différences d'âge ou de sexe.

Comme les données ont été recueillies par une enquête de type transversal, il est impossible de parler de causalité entre les conditions de travail et la santé des travailleurs. Les associations peuvent être diminuées par ce qu'on appelle « l'effet du travailleur en santé » (*healthy worker effect*) - ceux ayant des problèmes de santé ont pu quitter les milieux de travail ou être affectés à des postes moins difficiles (Kelsey et autres, 1986).

26.2 Résultats

26.2.1 Caractéristiques générales des travailleurs

Environ 59 % de la population québécoise de 15 ans et plus a un emploi rémunéré, soit approximativement deux hommes sur trois et une femme sur deux (tableau 26.1). Le groupe d'âge des 15-24 ans ainsi que celui des 50 ans et plus présentent des proportions de travailleurs rémunérés de 50 % et 33 % respectivement, ce qui est nettement plus faible que pour les catégories des 25-39 ans et des 40-49 ans, qui comptent toutes deux environ 79 % de travailleurs rémunérés. La proportion de travailleurs rémunérés n'est pas différente entre les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, mais elle le devient pour tous les autres groupes d'âge, à l'avantage des hommes.

Tableau 26.1

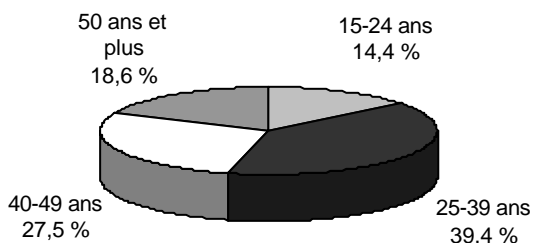
Personnes occupant un emploi rémunéré selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
Hommes		
15-24 ans	52,4	261
25-39 ans	84,3	718
40-49 ans	86,6	509
50 ans et plus	43,1	399
Total	66,1	1 886
Femmes		
15-24 ans	48,3	230
25-39 ans	72,6	611
40-49 ans	72,2	417
50 ans et plus	23,5	250
Total	51,4	1 509
Sexes réunis		
15-24 ans	50,4	491
25-39 ans	78,5	1329
40-49 ans	79,4	926
50 ans et plus	32,7	649
Total	58,7	3 395

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*

Lorsqu'on ne considère que les personnes occupant un emploi rémunéré, on retrouve 56 % d'hommes et 44 % de femmes (données non présentées). Le groupe des 15-24 ans représente environ 14 % des travailleurs rémunérés tandis que celui des 50 ans et plus en constituent 19 %, les deux tiers des travailleurs étant concentrés parmi les 25-49 ans (figure 26.1).

Figure 26.1

Population de 15 ans et plus ayant un emploi rémunéré selon l'âge, Québec, 1998

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*

Environ 76 % des personnes occupant un emploi rémunéré déclarent travailler pour un seul employeur comparativement à 17 % qui déclarent travailler à leur compte et à 7 %, pour plus d'un employeur (tableau 26.2). En ce qui concerne la taille de l'entreprise, on constate qu'environ 59 % des gens occupant un emploi rémunéré travaillent dans des entreprises de 21 employés ou plus et 41 %, dans des plus petites entreprises. Environ le tiers des travailleurs occupent un emploi syndiqué. De plus, la grande majorité des travailleurs disent occuper un emploi permanent (84 %) ou un emploi à temps plein (86 %) (tableau 26.3). Quant au type de profession, environ la moitié (51 %) des travailleurs œuvrent dans une profession non manuelle et le tiers (34 %) dans une profession manuelle; 16 % travaillent dans une profession mixte.

Les jeunes travailleurs de 15 à 24 ans présentent des caractéristiques liées à l'emploi différentes de celles des autres travailleurs (tableaux 26.2 et 26.3). De fait, les jeunes travailleurs sont proportionnellement moins nombreux à travailler à leur compte que les travailleurs des autres groupes d'âge (7 % c. 15 % à 26 %) ou à occuper un emploi syndiqué (20 % c. 33 % à 41 %). Par contre, ils sont, en proportion, plus nombreux à travailler pour plus d'un employeur (17 % c. 3,3 % à 7 %) ou à œuvrer dans des petites entreprises de 20 employés ou moins (51 % c. 39 % à 43 %) que leurs collègues des autres groupes d'âge. Ils sont également plus nombreux, en proportion, à occuper un emploi temporaire (35 % c. 12 % à 14 %), un emploi à temps partiel (39 % c. 9 % à 14 %) ou à œuvrer dans une profession manuelle (45 % c. 31 % à 34 %).

L'analyse par sexe est moins révélatrice. Seulement trois des caractéristiques étudiées présentent des écarts entre les femmes et les hommes (tableaux 26.2 et 26.3), soit le fait de travailler à son compte (12 % des femmes c. 21 % des hommes), d'occuper un emploi à temps partiel (22 % c. 8 %) ou d'œuvrer dans une profession manuelle (19 % c. 46 %).

Tableau 26.2

Type d'emploi, taille de l'entreprise et statut de syndicalisation selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Type d'emploi			Taille de l'entreprise		Statut de syndicalisation	
	Travaille à son compte	Travaille pour un seul employeur	Travaille pour plus d'un employeur	1 à 20 employés	21 employés ou plus	Syndiqué	Non syndiqué
	%						
Hommes	20,7	73,1	6,2	39,7	60,3	33,8	66,2
Femmes	12,4	80,1	7,6	43,6	56,4	33,1	66,9
Sexes réunis							
15-24 ans	6,5	76,8	16,7	50,6	49,4	19,8	80,2
25-39 ans	15,0	78,5	6,5	38,8	61,2	32,5	67,5
40-49 ans	19,2	76,4	4,4	39,5	60,5	41,4	58,6
50 ans et plus	26,2	70,5	3,3*	42,6	57,4	34,3	65,7
Total	17,0	76,2	6,8	41,4	58,6	33,5	66,5
Pe '000	579	2 585	231	1 407	1 988	1 135	2 260

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 26.3

Statut de permanence, statut d'emploi et type de profession selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Statut de permanence			Statut d'emploi		Type de profession		
	Permanent	Temporaire	Autre	Temps plein (28 h/s et plus)	Temps partiel (27 h/s et moins)	Manuelle	Non manuelle	Mixte
	%							
Hommes	85,0	14,9	0,1**	92,3	7,7	45,8	41,4	12,8
Femmes	81,8	18,2	0,0**	78,4	21,6	18,6	62,2	19,2
Sexes réunis								
15-24 ans	64,8	35,3	–	60,9	39,1	45,2	33,3	21,5
25-39 ans	86,0	13,9	0,1**	90,7	9,3	32,0	54,1	13,9
40-49 ans	87,9	12,1	0,0**	91,3	8,7	30,9	53,1	16,0
50 ans et plus	86,5	13,3	0,2**	85,8	14,2	34,0	50,9	15,1
Total	83,6	16,4	0,1**	86,2	13,8	33,8	50,6	15,7
Pe '000	2 837	556	2	2 905	490	1 153	1 707	536

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

26.2.2 Conditions de travail

Organisation du travail

Environ 31 % des travailleurs déclarent œuvrer assez souvent ou tout le temps selon un horaire de travail irrégulier ou imprévisible, 10 % selon un mode de rémunération au rendement, à la commission ou au bonus et 10 % selon un horaire de nuit (tableau 26.4). Une proportion plus grande d'hommes que de femmes déclarent travailler assez souvent ou tout le temps selon un mode de rémunération au rendement, à la commission ou au bonus (11 % c. 8 %) ou selon un horaire de travail irrégulier ou imprévisible (34 % c. 26 %) ou un horaire de nuit (14 % c. 6 %).

Proportionnellement plus de femmes de 15 à 24 ans que de 25 ans et plus travaillent assez souvent ou tout le temps selon un mode de rémunération au rendement, à la commission ou au bonus (11 % c. environ 7 %, en moyenne, pour tous les autres groupes d'âge combinés) (tableau C.26.1). On constate également que proportionnellement plus de femmes de 15 à 24 ans que de femmes de 25 ans et plus sont exposées assez souvent ou tout le temps à l'horaire irrégulier ou imprévisible (38 % c. 23 % à 26 %). Ces phénomènes n'ont pas été constatés chez les hommes.

Risques ou contraintes physiques et chimiques

Dans l'ensemble, les expositions aux risques ou contraintes physiques et chimiques, assez souvent ou tout le temps, les plus fréquemment mentionnées par les travailleurs sont le travail répétitif des mains et des bras (21 %), la manipulation de charges lourdes (18 %), les efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (18 %), le bruit intense (13 %), les solvants (dégraisseurs, peinture à l'huile, vernis, colles, etc.) (10 %) ou les vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras) (9 %) (tableau 26.4). Les hommes sont, en proportion, plus nombreux que celles à être exposés assez souvent ou tout le temps aux risques physiques et chimiques, à l'exception de l'exposition au travail répétitif des mains et des bras. Les écarts les plus

frappants s'observent pour l'exposition à des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (28 % des hommes c. 7 % des femmes), à des vibrations provenant d'outils à main (15 % c. 2,1 %), à des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (11 % c. 0,8 %), au bruit intense (19 % c. 4,7 %), aux poussières de bois (9 % c. 1 %) et aux fumées de soudage (8 % c. 0,6 %).

Comparativement aux autres groupes d'âge, une proportion plus élevée de travailleurs de 15 à 24 ans sont exposés assez souvent ou tout le temps au travail répétitif des mains et des bras (30 % c. 17 % à 20 %) et à la manipulation de charges lourdes (27 % c. 12 % à 20 %) (tableau C.26.2). Ces associations se maintiennent chez les hommes seulement.

Accidents de travail avec blessures

Dans l'ensemble, 2,9 % des travailleurs signalent avoir subi un accident de travail avec blessures au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.5). En proportion, plus d'hommes (3,9 %) que de femmes (1,5 %) ont déclaré avoir subi un accident de travail avec blessures, alors que selon l'âge, aucune association n'a été détectée. Parmi les personnes qui occupent un emploi manuel, 6 % ont été victimes d'un accident de travail avec blessures comparativement à 0,9 % et 2,2 % des travailleurs occupant des emplois non manuels ou mixtes. Par ailleurs, les personnes qui travaillent assez souvent ou tout le temps selon un horaire de nuit sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi un accident de travail avec blessures que celles qui ne travaillent pas la nuit (6 % c. 2,4 %). Dans le même sens, les personnes exposées assez souvent ou tout le temps aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol sont plus nombreuses, en proportion, à avoir été victimes d'un accident de travail avec blessures que celles qui ne sont jamais exposées à ce type de vibrations (10 % c. 2,1 %), phénomène également observé chez les personnes exposées aux solvants (6 % c. 2,3 %).

Tableau 26.4

Exposition à certaines conditions organisationnelles de travail et à des risques physiques et chimiques selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%		
Organisation du travail			
Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus			
Hommes	83,5	5,7	10,8
Femmes	88,8	3,3	7,9
Total	85,9	4,6	9,5
Horaires irrégulier ou imprévisible			
Hommes	32,4	33,2	34,4
Femmes	41,6	32,1	26,3
Total	36,5	32,7	30,8
Horaires de nuit			
Hommes	69,8	16,3	13,9
Femmes	87,8	6,4	5,8
Total	77,8	11,9	10,3
Risques physiques et chimiques			
Travail répétitif des mains et des bras			
Hommes	65,9	12,7	21,5
Femmes	71,0	8,6	20,4
Total	68,2	10,9	21,0
Manipulation de charges lourdes			
Hommes	51,7	23,7	24,6
Femmes	72,5	16,8	10,8
Total	60,9	20,6	18,4
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement			
Hommes	52,0	20,2	27,9
Femmes	83,9	9,5	6,6
Total	66,2	15,4	18,4
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)			
Hommes	68,5	16,6	14,9
Femmes	94,0	3,9	2,1
Total	79,9	10,9	9,2
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)			
Hommes	77,0	12,5	10,5
Femmes	98,0	1,2*	0,8*
Total	86,4	7,5	6,2
Bruit intense (obligeant à crier)			
Hommes	58,7	22,0	19,3
Femmes	86,9	8,4	4,7
Total	71,3	15,9	12,8
Poussières de farine			
Hommes	91,0	4,5	4,5
Femmes	94,3	3,2	2,5
Total	92,5	3,9	3,6
Poussières de bois			
Hommes	81,3	9,5	9,2
Femmes	97,4	1,6*	1,0*
Total	88,5	6,0	5,6
Fumées de soudage			
Hommes	77,6	15,0	7,5
Femmes	97,7	1,7	0,6**
Total	86,6	9,1	4,4
Solvants			
Hommes	64,9	21,3	13,9
Femmes	88,5	7,4	4,1
Total	75,4	15,1	9,5
Pesticides			
Hommes	91,0	7,2	1,9
Femmes	96,7	2,7	0,6**
Total	93,5	5,2	1,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 26.5

Accidents de travail avec blessures selon le sexe, l'âge, le type de profession, l'horaire de travail de nuit et l'exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol et aux solvants, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Accident de travail avec blessures	Pas d'accident de travail
	%	
Hommes	3,9	96,1
Femmes	1,5*	98,5
Sexes réunis		
15-24 ans	3,4*	96,6
25-39 ans	3,1	96,9
40-49 ans	2,6*	97,5
50 ans et plus	2,4*	97,7
Total	2,9	97,1
Pe '000	97	3 298
Type de profession		
Manuelle	6,1	93,9
Non manuelle	0,9*	99,1
Mixte	2,2*	97,8
Horaire de travail de nuit		
Jamais	2,4	97,6
De temps en temps	3,9*	96,1
Assez souvent ou tout le temps	5,5*	94,5
Exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)		
Jamais	2,1	97,9
De temps en temps	5,2*	94,8
Assez souvent ou tout le temps	10,4*	89,6
Exposition aux solvants		
Jamais	2,3	97,7
De temps en temps	3,9*	96,1
Assez souvent ou tout le temps	5,8*	94,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

À cause du nombre restreint d'accidentés du travail, l'analyse détaillée par sexe n'a pu être effectuée. Il est à noter qu'aucune association n'a été constatée entre le fait de subir un accident de travail avec blessures et la taille de l'entreprise, la rémunération au rendement, à la commission ou au bonus, ou l'ancienneté au travail.

Fréquence des situations de tension vécues avec le public

La majorité des travailleurs québécois (environ 82 %) sont en contact avec le public, soit 79 % des hommes

et 86 % des femmes (tableau 26.6, somme des catégories de gens en contact avec le public). Plus du quart des travailleurs (27 %) disent vivre souvent ou très souvent des situations de tension avec le public; lorsqu'on ne considère que les travailleurs en contact avec le public, cette proportion monte à environ 33 % (données non présentées). Selon le sexe, on observe que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir vécu ces situations souvent ou très souvent (29 % c. 25 %) (tableau 26.6). Selon l'âge, on note des proportions plus élevées chez les travailleurs de 50 ans et plus comparativement à ceux de 15 à 39 ans (32 % c. 23 % à 25 %).

Tableau 26.6

Fréquence des situations de tension vécues avec le public selon le sexe, l'âge, l'autonomie décisionnelle et la demande psychologique au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Pas de contact avec le public	Jamais ou rarement	De temps en temps	Souvent ou très souvent
	%			
Hommes	20,9	27,4	26,3	25,4
Femmes	14,4	25,8	30,9	28,9
Sexes réunis				
15-24 ans	19,5	34,6	23,1	22,8
25-39 ans	19,5	26,9	29,0	24,7
40-49 ans	16,8	24,0	30,2	29,0
50 ans et plus	15,6	24,0	28,6	31,9
Total	18,0	26,7	28,4	26,9
Pe '000	611	905	963	916
Autonomie décisionnelle au travail				
Élevée	12,1	25,0	32,0	30,9
Faible	24,6	26,2	25,7	23,5
Demande psychologique au travail				
Élevée	17,6	20,7	28,2	33,5
Faible	20,3	30,0	28,8	20,9

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Lorsqu'on compare les gens ayant un niveau élevé à l'indice d'autonomie décisionnelle dans leur travail à ceux ayant un niveau faible à l'indice, on note que les premiers sont plus nombreux, en proportion, à avoir vécu souvent ou très souvent des situations de tension avec le public (31 % c. 24 %) (tableau 26.6). La même association s'observe pour les travailleurs ayant un niveau élevé à l'indice de demande psychologique dans leur travail (34 % c. 21 %). Aucun lien n'a été observé entre la fréquence des situations de tension vécues avec le public (souvent ou très souvent) et le type d'emploi ou le statut de syndicalisation.

Par ailleurs, on observe une association entre le fait d'avoir vécu des situations de tension avec le public et la perception que les travailleurs ont de leur santé mentale. Les gens ayant vécu de temps en temps, souvent ou très souvent des situations de tension avec le public sont plus nombreux, en proportion, à percevoir leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise que ceux qui n'ont jamais ou rarement vécu ces situations (8 % c. 5 %) (tableau 26.7). Chez les travailleurs qui n'ont pas de contact avec le public, 7 %

d'entre eux perçoivent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise, ce qui ne diffère pas des autres travailleurs qui sont en contact avec le public. Une association existe aussi entre le fait d'avoir vécu des situations de tension avec le public et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (3,9 % c. 2,2 %). La proportion est de 2,9 % chez les travailleurs qui n'ont pas de contact avec le public, ce qui ne diffère pas des autres travailleurs ayant un contact avec le public. Aucun lien n'a été constaté entre les situations de tension vécues avec le public et la perception que les travailleurs ont de leur état de santé.

Tableau 26.7

Perception de la santé mentale et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon la fréquence des situations de tension vécues avec le public, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Perception de la santé mentale			Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	
	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise	Oui	Non
	%				
Fréquence des situations de tension vécues avec le public					
Pas de contact avec le public	72,3	20,8	6,9	2,9*	97,1
Jamais ou rarement	77,1	17,9	5,0	2,2*	97,8
De temps en temps ou souvent ou très souvent	72,9	19,5	7,6	3,9	96,1

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Violence physique et intimidation au travail

Dans l'ensemble, environ 3 % des travailleurs québécois déclarent avoir subi de la violence physique, soit de temps en temps (2,7 %), ou souvent ou très souvent (0,3 %), au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.8). Autour de 18 % des travailleurs mentionnent avoir fait l'objet d'intimidation dans leur milieu de travail, soit de temps en temps (15 %), ou

souvent ou très souvent (3 %), au cours de la même période. Proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont fait l'objet d'intimidation dans leur travail (20 % c. 17 %). La proportion de travailleurs ayant fait l'objet d'intimidation au travail diminue avec l'âge, passant de 22 % chez les 15-24 ans à 13 % chez les 50 ans et plus. Aucune différence n'a été constatée selon le sexe ou l'âge pour ce qui est de la violence physique au travail.

Tableau 26.8

Violence physique et intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Violence physique au travail			Intimidation au travail		
	Jamais	De temps en temps	Souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps	Souvent ou très souvent
	%					
Hommes	97,3	2,5	0,3**	83,3	13,7	3,1
Femmes	96,6	3,0	0,4**	80,5	16,6	3,0
Sexes réunis						
15-24 ans	96,7	2,8**	0,5**	78,0	18,0	4,0*
25-39 ans	96,7	3,1*	0,2**	80,6	16,2	3,2*
40-49 ans	97,0	2,7*	0,3**	83,0	14,2	2,9*
50 ans et plus	97,8	1,7**	0,6**	86,9	11,0	2,2**
Total	97,0	2,7	0,3**	82,0	15,0	3,0
Pe '000	3 293	91	12	2 786	506	103

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 26.9

Violence physique et intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois selon la demande psychologique au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Violence physique au travail		Intimidation au travail	
	Jamais	De temps en temps ou souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps ou souvent ou très souvent
	%			
Demande psychologique au travail				
Élevée	96,2	3,8	76,1	23,9
Faible	97,6	2,4	87,2	12,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Lorsqu'on examine les personnes ayant un niveau élevé à l'indice de demande psychologique dans leur travail, on observe qu'elles sont plus nombreuses, en proportion, à avoir déclaré subir de temps en temps, souvent ou très souvent de l'intimidation au travail que celles présentant un niveau faible à l'indice (24 % c. 13 %) (tableau 26.9). Une association est également notée chez les personnes ayant signalé avoir subi de la violence physique au travail (3,8 % c. 2,4 %).

Par ailleurs, l'enquête montre une association entre le fait d'avoir subi de la violence physique ou de l'intimidation au travail et le niveau de détresse psy-

chologique. En effet, lorsqu'on compare les travailleurs ayant déclaré avoir subi de la violence physique au travail de temps en temps, souvent ou très souvent à ceux n'ayant jamais vécu cette expérience, on constate que les premiers sont proportionnellement plus nombreux à afficher un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (29 % c. 19 %) (tableau 26.10). De la même façon, les gens ayant mentionné avoir fait l'objet d'intimidation au travail sont également plus nombreux, en proportion, à afficher un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que ceux n'ayant jamais vécu cette expérience (35 % c. 16 %).

Tableau 26.10

Indice de détresse psychologique et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Indice de détresse psychologique		Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	
	Bas à moyen	Élevé	Oui	Non
	%			
Violence physique au travail				
Jamais	80,9	19,1	3,2	96,8
De temps en temps ou souvent ou très souvent	70,6	29,4	5,1**	94,9
Intimidation au travail				
Jamais	84,0	16,0	2,4	97,6
De temps en temps ou souvent ou très souvent	65,1	34,9	6,7	93,3

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Une association a été aussi notée entre l'intimidation au travail et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité. Environ 7% des travailleurs ayant fait l'objet d'intimidation au travail de temps en temps, souvent ou très souvent déclarent avoir vécu des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité comparativement à 2,4 % de ceux n'ayant jamais vécu cette situation (tableau 26.10). Aucun lien n'a été détecté entre la violence physique au travail et les périodes de grande nervosité ou d'irritabilité.

Aucune relation n'a été observée entre la violence physique au travail et la perception que les travailleurs ont de leur état de santé (tableau 26.11). Toutefois, on note une association entre la violence physique au travail et la perception que les travailleurs ont de leur santé mentale. En particulier, les travailleurs ayant déclaré avoir subi de la violence physique au travail de

temps en temps, souvent ou très souvent ont tendance à être plus nombreux, en proportion, à percevoir leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise que ceux qui n'en ont jamais subi (11 % c. 7 %).

L'enquête révèle également que la perception de l'état de santé et celle de la santé mentale varient selon la variable de l'intimidation au travail (tableau 26.11). De fait, parmi les gens qui disent avoir fait l'objet d'intimidation au travail de temps en temps, souvent ou très souvent, environ 8 % perçoivent leur état de santé comme moyen ou mauvais comparativement à 4,8 % de ceux qui n'en ont jamais subi. De la même manière, environ 12 % des travailleurs ayant été l'objet d'intimidation au travail perçoivent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise comparativement à 6 % de ceux qui n'en ont jamais subi.

Tableau 26.11

Perception de l'état de santé et de la santé mentale selon la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Perception de l'état de santé			Perception de la santé mentale		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellente ou très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%					
Violence physique au travail						
Jamais	61,8	32,8	5,4	74,4	19,0	6,6
De temps en temps ou souvent ou très souvent	54,0	38,3	7,7**	65,1	24,3	10,6*
Intimidation au travail						
Jamais	63,1	32,1	4,8	76,3	18,1	5,6
De temps en temps ou souvent ou très souvent	54,7	37,1	8,2	63,9	23,8	12,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Paroles et gestes à caractère sexuel non désirés au travail

Au Québec, environ 4,5 % des travailleurs déclarent avoir fait l'objet de paroles ou gestes à caractère sexuel, soit de temps en temps (3,7 %), ou souvent ou très souvent (0,8 %) dans le cadre de leur travail au cours d'une période de 12 mois (tableau 26.12). Selon le sexe, on observe que 2 % des travailleurs et 8 % des travailleuses disent avoir fait l'objet de ces paroles ou gestes au travail. On observe aussi que la proportion des gens ayant subi des paroles ou gestes diminue avec l'âge, allant de 8 % chez les 15-24 ans à 2,2 % chez les 50 ans et plus. Puisque ce sont les femmes qui subissent en plus grande proportion des paroles ou des gestes à caractère sexuel, le reste de cette section leur est consacré.

Tableau 26.12

Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Jamais	De temps en temps	Souvent ou très souvent
	%		
Hommes	98,0	1,6	0,4**
Femmes	92,4	6,4	1,3*
Sexes réunis			
15-24 ans	92,3	6,5*	1,2**
25-39 ans	94,7	4,2	1,0**
40-49 ans	96,8	2,7*	0,5**
50 ans et plus	97,8	1,7**	0,5**
Total	95,5	3,7	0,8
Pe '000	3 243	125	27

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les paroles ou les gestes à caractère sexuel non désirés au travail, qu'ils surviennent de temps en temps, souvent ou très souvent, sont aussi associés à l'âge chez les femmes; la proportion passe de 13 % chez les 15-24 ans à environ 5 % chez leurs consœurs de 40 ans et plus (tableau 26.13).

Tableau 26.13

Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population féminine de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Jamais	De temps en temps ou souvent ou très souvent
	%	
Femmes		
15-24 ans	86,6	13,4
25-39 ans	91,5	8,5
40-49 ans	94,9	5,1*
50 ans et plus	95,5	4,5*
Total	92,4	7,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Par ailleurs, proportionnellement plus de femmes ayant subi des paroles ou des gestes à caractère sexuel non désirés au travail que celles n'ayant jamais vécu cette expérience présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (36 % c. 23 %) ou des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité (10 % c. 4,1 %) (tableau 26.14). Aucune association n'a été constatée entre les paroles ou les gestes à caractère sexuel au travail et la perception que les femmes ont de leur état de santé ou de leur santé mentale.

Tableau 26.14

Indice de détresse psychologique et périodes de grande nervosité ou d'irritabilité selon les paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail au cours d'une période de 12 mois, population féminine de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Indice de détresse psychologique		Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité	
	Bas à moyen	Élevé	Oui	Non
	%			
Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail				
Jamais	77,5	22,5	4,1	95,9
De temps en temps ou souvent ou très souvent	64,6	35,4	9,7*	90,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Concomitance de situations pénibles au travail

L'enquête a permis de faire ressortir la concomitance de certaines situations pénibles. Lorsqu'on compare les travailleurs ayant déclaré avoir vécu des situations de tension avec le public souvent ou très souvent à ceux n'ayant jamais ou rarement vécu cette expérience, on constate que les premiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir subi de la violence physique (7 % c. 0,9 %) ou de l'intimidation au travail (28 % c. 11 %), ou à avoir fait l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés dans le cadre de leur travail (8 % c. 2,5 %) (tableau C.26.3). De la même façon, en comparant les personnes ayant déclaré avoir subi de la violence physique au travail à celles n'ayant jamais vécu cette situation, on observe que les premières sont proportionnellement plus nombreuses à avoir subi de l'intimidation au travail (68 % c. 16 %) ou à avoir fait l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés dans leur travail (28 % c. 3,7 %). De plus, le fait d'avoir subi de l'intimidation au travail est également associé à une plus grande proportion de travailleurs ayant rapporté avoir fait l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés dans le cadre de leur travail (16 % c. 1,9 %).

26.2.3 Problèmes musculo-squelettiques

Problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée

En regroupant les catégories de problèmes sérieux de dos ou de la colonne (10 %), d'arthrite ou de rhumatisme (4,7 %) et d'autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons (3,6 %), on constate qu'environ 15 % de l'ensemble des travailleurs déclarent avoir au moins un problème musculo-squelettique sérieux de longue durée (tableau 26.15). La prévalence de ces problèmes augmente avec l'âge allant de 7 % chez les 15-24 ans à 24 % chez les 50 ans et plus.

Environ 2,8 % des travailleurs déclarent des problèmes sérieux au cou, 3,1 % au haut du dos et 8 % au bas du dos (tableau C.26.4). Environ 3,1 % des travailleurs signalent des problèmes d'usure des articulations ou d'arthrose. Autour de 2,3 % des travailleurs mentionnent des tendinites, des bursites ou des épicondylites, etc., 0,5 %, la compression ou le pincement de nerf, par exemple, le syndrome du canal carpien (une lésion de pincement du nerf médian au poignet), etc. et 0,9 %, un autre problème sérieux des muscles, des os ou des articulations, comme par exemple, un problème de douleur musculaire généralisée telle que la fibromyalgie, etc. Aucune différence n'a été constatée selon le sexe pour ces problèmes.

Tableau 26.15

Divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Sérieux maux de dos ou de la colonne	Arthrite ou rhumatisme	Autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons	Au moins un problème musculo-squelettique sérieux de longue durée ¹
	%			
Hommes	10,1	4,1	3,5	15,2
Femmes	8,8	5,5	3,8	15,3
Sexes réunis				
15-24 ans	5,6	1,1**	1,5**	7,1
25-39 ans	9,2	2,8	3,2	13,3
40-49 ans	10,0	4,9	4,2	16,2
50 ans et plus	12,7	11,4	5,2	24,1
Total	9,6	4,7	3,6	15,2
Pe '000	303	155	118	493

1. Inclut les sérieux maux de dos ou de la colonne, l'arthrite ou le rhumatisme et les autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée regroupés sont associés à certaines situations du travail, soit les efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (19 % chez les personnes exposées assez souvent ou tout le temps c. 14 % chez les personnes jamais exposées) et l'exposition aux vibrations provenant d'outils à main (22 % c. 14 %) (tableau 26.16). On note une tendance similaire chez les travailleurs exposés à des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (21 % c. 15 %). Aucune association n'a été constatée entre les problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée regroupés et le travail répétitif des mains et des bras ou la manipulation de charges lourdes.

Lorsqu'on considère la sous-catégorie de maux sérieux de dos ou de la colonne, on note que ces douleurs sont associées aux efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement (13 % c. 9 %), à la manipulation de charges lourdes (12 % c. 9 %), aux vibrations provenant des outils à main (16 % c. 9 %) et aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (15 % c. 9 %).

Aucune association n'a été observée entre la ou les sous-catégories relatives aux autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons et l'exposition aux risques ou contraintes physiques au travail.

Tableau 26.16

Divers problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée selon l'exposition à certains risques ou contraintes physiques au travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Sérieux maux de dos ou de la colonne	Au moins un problème musculo-squelettique sérieux de longue durée ¹
	%	
Manipulation de charges lourdes		
Jamais	8,6	14,4
De temps en temps	9,7	14,9
Assez souvent ou tout le temps	11,9	17,7
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement		
Jamais	8,5	14,2
De temps en temps	9,4	14,2
Assez souvent ou tout le temps	13,0	19,2
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)		
Jamais	8,9	14,4
De temps en temps	9,5*	14,3
Assez souvent ou tout le temps	16,3	21,6
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)		
Jamais	9,0	14,7
De temps en temps	10,5	15,4
Assez souvent ou tout le temps	14,7	20,6

1. Inclut les sérieux maux de dos ou de la colonne, l'arthrite ou le rhumatisme et les autres problèmes sérieux des os, des articulations, des muscles ou des tendons.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 12 mois

Dans l'ensemble, environ 83 % des travailleurs (2 800 000 personnes) déclarent avoir ressenti des douleurs importantes à au moins une région de leur corps, soit de temps en temps (37 %) ou assez souvent ou tout le temps (46 %), qui les ont dérangés dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois; près de 18 % des travailleurs (595 000 personnes) n'ont jamais éprouvé ces douleurs au cours de la même période (données non présentées).

Lorsqu'on ne considère que les douleurs ressenties assez souvent ou tout le temps ayant dérangé les travailleurs dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois, on constate qu'au niveau de la colonne vertébrale, environ 14 % de ceux-ci ont éprouvé des douleurs au cou, 14 % au haut du dos et 25 % au bas du dos (tableau 26.17). Près de 21 % des travailleurs

ont ressenti des douleurs à au moins un site des membres supérieurs et 18 %, à au moins un site des membres inférieurs. Au niveau de la colonne vertébrale, proportionnellement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir éprouvé des douleurs au cou (18 % c. 11 %) et au haut du dos (17 % c. 11 %) les ayant dérangées dans leurs activités au cours d'une période de 12 mois. On constate également, qu'au niveau des membres supérieurs, proportionnellement plus de femmes que d'hommes ont ressenti des douleurs aux épaules (15 % c. 11 %).

Au niveau des membres inférieurs, proportionnellement plus de femmes ont ressenti des douleurs aux jambes ou mollets (9 % c. 5 %) ou aux chevilles ou pieds (12 % c. 8 %) au cours de la même période.

Tableau 26.17

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Colonne vertébrale			Membres supérieurs					Membres inférieurs			
	Cou	Haut du dos	Bas du dos	Épaules	Bras	Coudes	Avant-bras, poignets ou mains	Au moins un site de douleur	Genoux	Jambes ou mollets	Cheville s ou pieds	Au moins un site de douleur
	%											
Hommes	10,8	11,3	25,6	11,2	6,8	4,7	7,5	19,4	9,7	5,2	8,2	16,8
Femmes	17,6	16,7	23,5	14,6	7,2	3,7	8,3	22,0	8,1	8,6	11,6	19,4
Sexes réunis												
15-24 ans	12,2	15,7	31,2	10,3	5,9	2,3**	8,9*	19,1	12,8	6,8*	12,6	24,0
25-39 ans	13,1	12,6	23,6	11,4	4,8	3,0*	6,5	18,1	8,1	5,3	8,5	15,9
40-49 ans	15,3	14,8	23,3	14,5	8,7	5,7	7,8	22,5	7,7	7,0	8,6	16,4
50 ans et plus	14,4	12,7	23,9	14,7	9,7	6,5*	9,9	24,1	9,8	9,3	11,3	19,9
Total	13,8	13,7	24,7	12,7	6,9	4,3	7,8	20,6	9,0	6,7	9,7	18,0
Pe '000	470	464	838	432	236	145	266	699	305	229	330	611

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Selon l'âge, les travailleurs de 40 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à avoir déclaré des douleurs aux épaules (15 % c. 10 % à 11 %) ou aux coudes (6 % à 7 % c. 2,3 % à 3 %). Par contre, les travailleurs de moins de 25 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à avoir des douleurs au bas du dos (31 % c. 23 % à 24 %) et aux genoux (13 % c. 8 % à 10 %).

Lorsqu'on compare les travailleurs présentant un excès de poids à ceux ayant un poids santé, on observe que les premiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir ressenti des douleurs (assez souvent ou tout le temps) aux genoux (12 % c. 8 %) et aux chevilles ou aux pieds (12 % c. 9 %) les ayant dérangés dans leurs activités au cours d'une période

de 12 mois (tableau 26.18). Il est à souligner qu'aucune association n'a été constatée entre les douleurs musculo-squelettiques et l'indice de masse corporelle pour les autres parties du corps. Selon le type de profession, la proportion des travailleurs ayant éprouvé des douleurs qui les ont dérangés dans leurs activités est considérablement plus élevée chez les personnes de professions manuelles que chez celles de professions non manuelles et ceci pour toutes les parties du corps étudiées, à l'exception du cou et des épaules. Par exemple, 30 % des travailleurs manuels déclarent avoir ressenti des maux au bas du dos contre 21 % des travailleurs non manuels. Les travailleurs manuels sont également plus nombreux, en proportion, à avoir éprouvé des douleurs à au moins un site des membres supérieurs que les travailleurs de professions non manuelles (26 % c. 18 %).

Tableau 26.18

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de masse corporelle et le type de profession, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Colonne vertébrale			Membres supérieurs					Membres inférieurs			
	Cou	Haut du dos	Bas du dos	Épaules	Bras	Coudes	Avant-bras, poignets ou mains	Au moins un site de douleur	Genoux	Jambes ou mollets	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
	%											
Indice de masse corporelle												
Poids insuffisant	15,4	15,6	24,6	12,3	6,0*	3,6*	7,5*	18,1	8,0*	8,2	7,9*	15,3
Poids santé	14,0	13,8	24,3	12,8	6,6	4,2	7,3	20,5	8,0	6,5	9,0	16,8
Excès de poids	12,8	12,8	25,9	13,1	8,2	5,0	9,3	22,2	11,8	6,6	11,9	21,5
Type de profession												
Manuelle	13,0	16,1	29,7	14,7	10,7	6,6	11,5	26,0	11,1	8,2	12,1	21,6
Non manuelle	14,9	12,1	21,1	11,9	4,5	2,8	5,7	17,7	7,0	4,8	7,0	13,7
Mixte	13,0	13,9	24,0	11,8	6,2	4,6*	6,5	18,8	9,3	9,2	13,3	22,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Plusieurs contraintes physiques au travail sont associées aux douleurs ressenties (assez souvent ou tout le temps) au cours d'une période de 12 mois (tableau C.26.5). Toutes les douleurs étudiées, sauf celles aux genoux, sont liées au travail répétitif des mains et des bras lorsque celui-ci se produit assez souvent ou tout le temps. On constate également que toutes les douleurs étudiées, sauf celles au cou, sont associées à la manipulation de charges lourdes, aux efforts fournis en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement et à l'exposition aux vibrations provenant d'outils à main lorsque ces contraintes se produisent assez souvent ou tout le temps. Enfin, toutes les régions du corps sont associées à l'exposition aux vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol. De façon globale, pour chacune des contraintes physiques étudiées, lorsqu'on compare la catégorie d'exposition assez souvent ou tout le temps à la catégorie jamais, les différences observées sont généralement importantes pour les douleurs essentielles (assez souvent ou tout le temps) aux bras et aux avant-bras, aux poignets ou aux mains.

Rappelons que les précisions concernant la durée de la douleur ressentie au cours d'une période de 12 mois, sa relation avec le travail et son impact sur celui-ci ont été limitées à une seule partie du corps – celle dont la douleur a le plus dérangé la personne dans ses activités au cours de la même période. Parmi les travailleurs ayant éprouvé des douleurs au cours d'une période de 12 mois, la douleur qui les a le plus dérangés dans leurs activités est celle du bas du dos (35 %). Suit la douleur à au moins un site des membres supérieurs ou des membres inférieurs (19 % respectivement), ou encore, au cou (16 %) (tableau 26.19). Environ la moitié des travailleurs ayant déclaré une douleur qui les a le plus dérangés ont attribué celle-ci à leur travail, soit entièrement (24 %), soit en partie (28 %) (tableau C.26.6). Presque les deux tiers (63 %) des travailleurs avaient remarqué cette douleur la première fois il y a un an ou plus. Moins de 13 % l'avaient remarqué il y a moins de trois mois. La douleur la plus dérangeante a occasionné des absences du travail chez 11 % des personnes. Parmi ces travailleurs, 66 % ont été absents pour moins de trois semaines et 14 % pendant plus de trois mois (données non présentées). Environ 3,9 % des travailleurs déclarent qu'ils ont cessé de travailler complètement à cause de cette douleur (tableau C.26.6).

Tableau 26.19

Douleur musculo-squelettique ayant le plus dérangé selon la partie du corps et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	Colonne vertébrale			Membres supérieurs					Membres inférieurs			
	Cou	Haut du dos	Bas du dos	Épaules	Bras	Coudes	Avant-bras, poignets ou mains	Au moins un site de douleur	Genoux	Jambes ou mollets	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
	%											
Hommes	13,2	7,1	39,6	8,8	1,7*	3,2*	5,6	19,3	8,6	2,7	7,0	18,3
Femmes	19,5	11,2	29,7	8,5	1,8*	1,6*	5,7	17,4	6,1	5,3	8,6	19,9
Total	16,0	8,9	35,1	8,7	1,7	2,5	5,6	18,5	7,5	3,9	7,7	19,1
Pe '000	447	250	980	244	49	70	158	520	210	108	216	534

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Une proportion non négligeable d'entre eux ont vécu des changements de tâches ou de poste de travail à cause de leur douleur : environ 13 % ont modifié leur poste de travail, 11 % ont changé de tâches ou de façon de travailler et 5 % ont diminué les heures de travail. Un autre 1,3 % a changé d'emploi dans la même entreprise.

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de sept jours

La prévalence des douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours est similaire à celle des douleurs qui ont dérangé les activités au cours d'une période de 12 mois. Les maux du bas du dos sont prédominants, touchant 25 % des travailleurs (tableau 26.20).

Tableau 26.20

Douleurs musculo-squelettiques ressenties au cours d'une période de 7 jours selon la partie du corps et le sexe et douleurs musculo-squelettiques perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Douleurs ressenties au cours d'une période de 7 jours				Douleurs perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail				
	Hommes	Femmes	Total	Pe	Hommes	Femmes	Total	Pe	
	%			'000	%			'000	
Colonne vertébrale									
Cou		13,4	21,7	17,2	581	7,9	12,6	10,0	338
Haut du dos		12,0	18,7	15,0	508	8,1	12,2	10,0	338
Bas du dos		24,2	25,9	25,0	848	15,7	14,4	15,1	514
Membres supérieurs									
Épaules		12,3	16,2	14,1	478	7,4	9,9	8,5	290
Bras		5,9	8,2	6,9	237	3,9	5,1	4,4	151
Coudes		5,1	4,7	4,9	169	3,0	2,4	2,8	94
Avant-bras, poignets ou mains		7,6	10,2	8,8	300	5,5	6,5	5,8	198
Au moins un site de douleur		18,6	23,0	20,6	701	11,8	14,4	13,0	442
Membres inférieurs									
Genoux		10,6	10,0	10,4	353	5,6	3,5	4,6	158
Jambes ou mollets		5,9	11,0	8,2	278	3,5	6,4	4,8	163
Chevilles ou pieds		8,7	13,4	10,8	369	5,2	7,4	6,2	209
Au moins un site de douleur		17,5	21,2	19,2	652	10,0	11,0	10,4	355

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les douleurs à au moins un site des membres supérieurs ont été déclarées par 21 % des travailleurs, celles à au moins un site des membres inférieurs par 19 % et celles au cou, par 17 %. Proportionnellement plus de femmes que d'hommes déclarent avoir éprouvé des douleurs au cours d'une période de sept jours au cou (22 % c. 13 %) et à au moins un site des membres supérieurs (23 % c. 19 %). De façon générale, entre la moitié et les deux tiers des douleurs sont perçues comme étant reliées au travail, soit en partie ou entièrement (données non présentées).

Des associations existent entre les douleurs au bas du dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées en partie ou entièrement au travail, et plusieurs contraintes physiques au travail (tableaux C.26.7, C.26.8 et C.26.9). Par exemple, lorsqu'on compare les travailleurs ayant déclaré qu'ils font du travail répétitif des mains et des bras assez souvent ou tout le temps, dans le cadre de leur emploi, à ceux qui n'en font jamais, les premiers sont proportionnellement plus nombreux à avoir ressenti des douleurs aux membres supérieurs (à au moins un site) perçues comme étant reliées à leur travail (23 % c. 9%) (tableau C.26.8). De la même façon, les travailleurs qui manipulent des charges lourdes sont plus nombreux, en proportion, à avoir éprouvé des douleurs au bas du dos (26 % c. 11 %), à au moins un site des membres supérieurs (21 % c. 10 %) ou des membres inférieurs (18 % c. 7 %) que les travailleurs qui ne manipulent jamais de charges lourdes (tableaux C.26.7, C.26.8 et C.26.9). Aucune association n'a été constatée entre ces contraintes physiques et les douleurs des mêmes régions du corps perçues comme étant non reliées au travail.

26.2.4 Posture de travail

Variations selon certaines caractéristiques démographiques et professionnelles

Plus de la moitié (59 %) de la population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré travaille surtout en position debout, et environ 41 % en position assise (tableau 26.21). Lorsqu'on ne considère que les travailleurs en position debout, on constate que seule

une faible proportion d'entre eux ont la possibilité de s'asseoir à volonté, soit environ un sur six (données non présentées). Parmi le groupe des travailleurs œuvrant surtout en position assise, 77 % ont la possibilité de se lever à volonté (données non présentées). Il y a donc proportionnellement moins de personnes ayant des contraintes posturales parmi celles qui travaillent surtout en position assise comparativement à celles travaillant surtout en position debout.

En proportion, plus d'hommes que de femmes travaillent surtout en position debout (64 % c. 54 %) (tableau 26.21). La posture de travail varie également selon les groupes d'âge. Comparativement aux autres groupes d'âge, une proportion plus élevée de jeunes de 15 à 24 ans travaillent surtout en position debout (81 % c. 53 % à 58 %). Ces jeunes sont également plus nombreux, en proportion, à avoir la possibilité d'effectuer de longs déplacements (31 % c. 19 % à 22 %) ou de courts déplacements (28 % c. environ 16 %) comparativement aux autres groupes d'âge. Une proportion moins élevée de jeunes travailleurs œuvrent dans une posture assise avec la possibilité de se lever à volonté (15 % c. 33 % à 39 %). Aucune association n'a été observée entre l'excès de poids et la posture de travail pour l'ensemble des travailleurs.

On observe un lien important entre la posture de travail et la manipulation de charges lourdes. Une proportion plus élevée de gens qui soulèvent des charges lourdes de temps en temps, assez souvent ou tout le temps, dans le cadre de leur emploi, travaillent surtout en position debout plutôt qu'en position assise (82 % c. 18 %) (tableau 26.21). Les gens qui manipulent des charges lourdes au travail sont proportionnellement plus nombreux à œuvrer en position debout avec possibilité d'effectuer de longs déplacements ou de courts déplacements que ceux qui ne soulèvent jamais de charges lourdes (38 % et 24 % c. 12 % et 14 % respectivement). Ils sont également plus nombreux, en proportion, à avoir déclaré qu'ils n'ont pas la possibilité de se déplacer ou qu'ils peuvent seulement piétiner (en faisant un pas ou deux) (9 % c. 6 %).

Tableau 26.21

Posture de travail générale selon le sexe, l'âge et la manipulation de charges lourdes, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Posture générale		Posture détaillée ¹						
	Debout	Assise	Posture debout				Posture assise		
			Avec possibilité de s'asseoir à volonté	Avec de longs déplacements	Avec de courts déplacements	Sans possibilité de se déplacer sauf pour piétiner ²	Avec possibilité de se lever à volonté	Avec possibilité de se lever occasionnellement	Sans possibilité de se déplacer
%									
Hommes	63,5	36,6	10,4	26,5	17,6	7,1	29,4	6,5	2,4*
Femmes	54,1	45,9	9,7	17,1	18,5	7,3	37,8	8,9	0,7**
Sexes réunis									
15-24 ans	80,7	19,3	10,5	31,2	27,9	9,9	14,7	4,4*	1,4**
25-39 ans	56,4	43,6	10,4	22,3	16,4	5,8	35,9	8,1	1,3*
40-49 ans	53,1	46,9	8,6	20,2	16,3	6,8	39,0	7,6	1,6*
50 ans et plus	58,1	41,9	11,6	18,5	16,3	8,8	33,1	8,9	2,7*
Total	59,3	40,7	10,1	22,3	18,0	7,2	33,2	7,6	1,7
Pe '000	2 015	1 380	355	779	629	253	1 079	246	55
Manipulation de charges lourdes									
Jamais	41,7	58,3	9,7	12,4	14,0	5,7	46,9	9,5	1,9*
De temps en temps ou assez souvent ou tout le temps	82,2	17,8	10,8	37,8	24,4	9,3	12,0	4,5	1,3*

1. Les pourcentages des postures détaillées ne concordent pas avec ceux des postures générales debout ou assises pour l'ensemble des travailleurs en raison de la non-réponse partielle aux questions sur les postures détaillées.

2. Posture debout fixe sans possibilité de se déplacer ou posture debout en piétinant avec possibilité de faire un pas ou deux.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

De plus, une proportion moins élevée de ceux qui manipulent des charges lourdes travaillent dans une posture assise avec la possibilité de se lever à volonté comparativement à ceux qui ne soulèvent jamais de charges lourdes (12 % c. 47 %).

Douleurs musculo-squelettiques et posture de travail générale

Les douleurs ressenties au bas du dos au cours d'une période de sept jours et perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail sont associées à la posture de travail générale. Ainsi, environ 19 % des travailleurs qui œuvrent surtout en posture debout déclarent avoir des douleurs au bas du dos qu'ils associent entièrement ou en partie au travail, contre 10 %

des travailleurs qui œuvrent surtout en posture assise (tableau 26.22). On observe des proportions semblables chez les hommes (19 % c. 10 %) ainsi que chez les femmes (18 % c. 11 %). Les douleurs aux membres inférieurs sont également liées à la posture de travail. Les proportions de gens ayant mentionné des douleurs aux jambes (ou mollets), aux genoux et aux chevilles (ou pieds) sont plus élevées parmi ceux qui travaillent surtout en position debout que parmi ceux qui travaillent surtout en position assise (7 %, 7 % et 10 % c. 1,5 %, 1,3 % et 1,1 % respectivement). Bien qu'on ait de faibles effectifs, on note des associations similaires tant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 26.22

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la posture de travail générale et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Bas du dos		Membres inférieurs		
		Jambes ou mollets	Genoux	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
%					
Hommes					
Debout	19,4	4,9	7,8	7,6	14,2
Assis	9,9	1,3**	1,8**	1,2**	3,1*
Total	15,9	3,5	5,6	5,2	10,1
Femmes					
Debout	17,6	10,5	5,8	12,8	17,9
Assis	10,9	1,8**	0,8**	1,1**	2,9*
Total	14,5	6,5	3,5	7,4	11,1
Sexes réunis					
Debout	18,7	7,2	6,9	9,7	15,8
Assis	10,4	1,5*	1,3*	1,1*	3,0
Total	15,3	4,9	4,6	6,2	10,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Au total, au cours d'une période de sept jours, proportionnellement plus de personnes qui travaillent surtout en position debout plutôt qu'en position assise déclarent avoir des douleurs aux membres inférieurs (au moins un site de douleur) qu'elles associent comme étant entièrement ou en partie reliées au travail (16 % c. 3 %). Selon l'âge, la relation entre les douleurs au bas du dos ou aux membres inférieurs et la posture de travail demeure significative (tableau C.26.10).

En général, l'association entre les douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs au cours d'une période de sept jours (perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail) et la posture de travail persiste tant chez les gens qui manipulent

des charges lourdes que chez ceux qui ne manipulent jamais de charges lourdes dans le cadre de leur travail (tableau C.26.11). Seul l'écart entre la posture debout et la posture assise concernant les douleurs aux jambes, chez le groupe qui manipule des charges lourdes, ne s'avère pas significatif.

Douleurs musculo-squelettiques et contrainte posturale

Les douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs au cours d'une période de sept jours, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, varient également selon le niveau de contrainte de la posture debout (tableau 26.23).

Tableau 26.23

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la contrainte posturale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et travaillant surtout en position debout, Québec, 1998

	Bas du dos	Membres inférieurs			Au moins un site de douleur
		Jambes ou mollets	Genoux	Chevilles ou pieds	
%					
Debout avec possibilité de s'asseoir à volonté	11,7	3,5**	4,2**	5,3**	9,5
Debout avec de courts déplacements ou déplacements plus longs	19,5	7,6	7,3	10,0	16,2
Debout fixe sans possibilité de se déplacer ou en piétinant avec possibilité de faire un pas ou deux	22,7	9,9*	8,6*	13,0*	20,6
Total	18,5	7,2	6,9	9,6	15,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La proportion de gens ayant éprouvé des douleurs au bas du dos est moins élevée chez ceux qui ont la possibilité de s'asseoir à volonté que chez ceux des autres catégories de contraintes de la posture debout (12 % c. 20 % à 23 %) (tableau 26.23). La proportion de gens ayant ressenti des douleurs aux jambes (ou mollets) ou aux chevilles (ou pieds), et donc à au moins un site de douleur des membres inférieurs, est également moins élevée chez ceux qui ont la possibilité de s'asseoir à volonté que chez ceux des autres catégories (10 % c. 16 % à 21 %).

Enfin, on observe parmi les gens qui travaillent surtout en position assise, une proportion moins élevée de douleurs au bas du dos chez ceux qui peuvent se lever à volonté que chez ceux des autres catégories de contraintes de la posture assise (9 % c. 14 % à 23 %) (tableau 26.24).

Tableau 26.24

Douleurs ressenties au bas du dos, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail, au cours d'une période de 7 jours selon la contrainte posturale, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et travaillant surtout en position assise, Québec, 1998

	Bas du dos
%	
Assise avec possibilité de se lever à volonté	9,1
Assise avec possibilité de se lever occasionnellement	13,7
Assise sans possibilité de se déplacer	23,2*
Total	10,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Chez la population québécoise de 15 ans et plus, 66 % des hommes et 51 % des femmes occupent un emploi rémunéré. Les travailleurs de 15 à 24 ans sont davantage exposés à des caractéristiques générales liées à l'emploi et à des conditions de travail défavorables (emploi temporaire, travail à temps partiel, faible syndicalisation, petite entreprise, profession manuelle, horaires irréguliers, travail répétitif des mains et des bras, manipulation de charges lourdes) par rapport aux autres groupes d'âge. Par ailleurs, les hommes sont exposés dans une plus grande proportion que les femmes à certaines conditions d'organisation du travail défavorables et à des risques ou contraintes physiques et chimiques, alors que les femmes sont davantage exposées que les hommes à des paroles et gestes à caractère sexuel dans leur milieu de travail. Une étude plus poussée pourrait permettre de discerner si ces situations découlent de la répartition inégale des sexes dans l'emploi.

Une analyse ultérieure des données par secteur d'activité économique et par catégorie professionnelle pourrait permettre d'identifier des secteurs et des professions névralgiques pour l'intervention en matière de prévention.

Certaines conditions de travail telles que le travail de nuit et l'exposition à des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps), ou aux solvants, semblent être associées à un potentiel d'accidents de travail accru. D'autres caractéristiques du milieu de travail telles que la taille de l'entreprise, l'ancienneté des travailleurs, la rémunération au rendement ou d'autres facteurs d'organisation du travail, n'ont pu être associées, dans cette enquête, à une augmentation du risque d'accident de travail. Ce genre de renseignements, non disponibles à partir des statistiques d'indemnisation de la CSST, méritent d'être approfondis dans le cadre d'études plus spécifiques qui tiendraient compte, entre autres, des secteurs d'activité économique.

La majorité des travailleurs québécois (82 %) sont en contact avec le public et le tiers parmi eux disent vivre souvent ou très souvent des situations de tension avec ce public. Cet aspect des relations avec le public est à peine connu et les facteurs selon lesquels la perception de la tension est modulée devraient être explorés.

Au total, 3 % des travailleurs québécois rapportent avoir été l'objet de violence physique au travail, soit de temps en temps, souvent ou très souvent, au cours d'une période de douze mois. L'intimidation au travail est signalée par la plus grande proportion de travailleurs au cours de la même période, soit par 18 % d'entre eux. Les paroles ou gestes sexuels non désirés au travail sont majoritairement rapportés par des travailleuses, soit près de 8 % des femmes comparativement à 2 % des hommes. Malgré le fait que les effectifs soient trop faibles pour documenter de façon précise ces phénomènes au travail, les effets potentiels sur la santé d'une exposition à ces difficultés pourraient être importants. Par exemple, l'enquête a permis de constater que les travailleuses subissant des attentions sexuelles non désirées sont proportionnellement plus nombreuses à avoir déclaré un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique ou à avoir déclaré des périodes de grande nervosité ou d'irritabilité que les travailleuses ne signalant pas ce genre de situation.

Cette enquête est l'une des premières études populationnelles du Québec qui vérifie la prévalence d'un ensemble de problèmes musculo-squelettiques chez les travailleurs. Environ 15 % de l'ensemble des travailleurs actifs ont des problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée et plus de la moitié de ces problèmes ont trait aux sérieux maux de dos ou de la colonne. Ces problèmes de longue durée augmentent avec l'âge. Lorsqu'on considère uniquement les douleurs musculo-squelettiques, une proportion plus importante de travailleurs déclarent avoir ressenti des douleurs les ayant dérangés dans leurs activités assez souvent ou tout le temps au cours d'une période de 12 mois; près d'un sur quatre a eu des maux au bas du dos et un sur cinq des douleurs

aux membres supérieurs. Environ la moitié des douleurs ayant le plus dérangé dans les activités sont perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail. La prévalence de certaines douleurs musculo-squelettiques est plus élevée chez les personnes de professions manuelles et chez celles qui sont exposées assez souvent ou tout le temps aux contraintes physiques comme, par exemple, le travail répétitif des mains et des bras ou la manipulation de charges lourdes. Les douleurs au bas du dos et aux genoux sont présentes chez une plus grande proportion de jeunes travailleurs. Néanmoins, les douleurs ressenties aux épaules et aux coudes sont présentes chez une plus grande proportion de personnes plus âgées et celles éprouvées au cou, au haut du dos, aux épaules, aux jambes ou mollets ou chevilles ou pieds sont présentes chez une plus grande proportion de travailleuses.

Bien que les méthodes de mesure varient d'une étude à l'autre, la prévalence des douleurs ressenties au bas du dos chez les travailleurs estimée dans la présente enquête (25 %) est très comparable à celle estimée pour les maux de dos liés au travail dans d'autres études de population canadiennes et internationales (entre 18 % et 28 %) (Cassidy et autres, 1998; Liira et autres, 1996; Guo et autres, 1999, 1995; Makela et autres, 1993, 1991; Hildebrandt, 1995a, 1995b; Hagen et Thune, 1998; Heran-Le Roy et autres, 1999). Dans l'étude américaine de Guo et autres (1999), 68 % de toutes les journées d'absence du travail pour maux de dos étaient reliées au travail – un constat semblable aux résultats de la présente enquête où environ les deux tiers des douleurs au haut du dos et 61 % des douleurs au bas du dos ressenties au cours d'une période de sept jours, ont été attribuées au travail.

Les résultats indiquent que les douleurs du bas du dos et des membres inférieurs sont associées à la posture de travail. Il y a proportionnellement plus de gens qui ont des douleurs parmi ceux qui travaillent debout, fait important puisque près de la moitié des Québécois en emploi travaillent debout. Les résultats montrent également qu'il est tout aussi important de considérer la

contrainte posturale lorsqu'on étudie les effets de la posture de travail sur la santé. Plus on a la possibilité de varier sa posture, moins on a de douleurs.

Bien que cette étude permette, pour la première fois au Québec, de cerner certaines caractéristiques de l'état de santé des travailleurs en lien avec les conditions et expositions en milieu de travail, le caractère général de l'enquête limite l'étude des phénomènes plus complexes, que ce soit sur le plan du nombre de facteurs étiologiques ou sur le plan du raffinement des concepts sous-jacents. Ces phénomènes ne sauront être étudiés de façon satisfaisante que dans le cadre d'études plus spécifiques. Il y a encore un besoin pour une étude populationnelle permettant des analyses selon l'activité économique ou la profession détaillée et selon le sexe. De plus, il est souhaitable que les résultats de ce chapitre servent d'amorce à des analyses multivariées qui tiendraient compte d'autres variables (l'âge, l'indice de masse corporelle, la co-morbidité, etc.) à partir des informations recueillies dans cette enquête. De telles analyses permettraient l'évaluation de la prévalence des problèmes professionnels et des incapacités y étant associées. Les résultats de ces démarches pourraient aider à la prise de décisions éclairées quant aux priorités de surveillance appropriées à établir et à celles d'intervention en matière de prévention à élaborer en santé au travail. Ils serviraient également à mieux cibler ces interventions.

Éléments de réflexion pour la planification

Certains aspects de l'analyse méritent d'être signalés dans une optique de réflexion pouvant mener à la planification de recherches, de programmes ou d'interventions visant à mieux circonscrire des situations mal documentées, ou des problématiques en émergence.

Tout d'abord, il apparaît clairement que les travailleurs de 15 à 24 ans sont davantage exposés à des caractéristiques et à des conditions de travail pouvant être nocives pour leur santé et leur sécurité. Cette

problématique mériterait d'être examinée plus en détail sous l'angle du cumul de situations pénibles chez les jeunes travailleurs.

Un autre axe de réflexion devrait porter sur les troubles musculo-squelettiques, lesquels ressortent comme étant prédominants dans un contexte de santé au travail. Le regard sur ces problèmes devrait dépasser la problématique, quoique importante, des maux de dos causés par le soulèvement de charges lourdes, et porter sur un ensemble de lésions, d'expositions et de conditions de travail comprenant, entre autres, les postures, positions et mouvements.

Mentionnons finalement que les phénomènes de violence physique, d'intimidation et de gestes ou paroles à caractère sexuel non désirés sont des problématiques relativement nouvelles en santé au travail. Bien que cette étude amène un certain éclairage sur ces situations, des analyses subséquentes plus développées devraient permettre d'élaborer, de façon détaillée, une réflexion entourant la planification et la prise de décision quant à de futurs programmes de prévention et d'intervention en santé au travail sur ces problématiques.

Bibliographie

ANDERSSON, K., S. KAR LEHAGEN et B. JONSSON (1987). « The importance of variations in questionnaire administration », *Applied Ergonomics*, vol.18, p. 229-232.

BERNARD, B. P. (éd.) (1997). *Musculoskeletal disorders and workplace factors: A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and back*, Cincinnati, Ohio, US Department of Health and Human Services, centers for diseases control and prevention, National institute for occupational safety and health, pagination multiples.

BERTHELETTE, D. (1990). *Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail*, Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 255 p. plus les annexes.

BERTHELETTE, D., et F. PLANCHÉ (1995). *Évaluation des programmes de sécurité dans les petites et moyennes entreprises*, Montréal, IRSST, 56 p.

BOMBARDIER, C., J.-A. BALDWIN et L. CRULL (1985). « The epidemiology of regional musculoskeletal disorders: Canada » dans HADLER, N., et D. B. GILLINGS (éd.) *Arthritis and Society: The Impact of musculoskeletal diseases*, Boston, Butterworth, p. 104-118.

CASSIDY, J. D., L. CARROLL et P. CÔTÉ (1998). « The Saskatchewan health and back pain survey, The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults », *Spine*, vol. 23, p. 1860-1867.

CHAN-YEUNG, M., et J. L. MALO (1994). « Aetiological agents in occupational asthma », *European Respiratory Journal*, vol. 7, p. 346-371.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL (octobre 1995). « Priorités provinciales en matière de santé au travail pour 1996 », *Bulletin de liaison CSST-MSSS*, n° 1.

CONTRERAS, G. R., R. ROUSSEAU et M. CHAN-YEUNG (1994). « Occupational respiratory diseases in British Columbia, Canada in 1991 », *Occupational and Environmental Medicine*, vol.51, p. 710-712.

DERRIENNIC, F., A. TOURANCHET et S. VOLKOFF (1992). « Enquête E.S.T.E.V. : un instrument d'étude des relations entre âge, santé et travail », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 53, n° 2, p. 79-89.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (1996). *Les accidents du travail au Canada (1991-1995) et leurs coûts*, Section des recherches et analyses, Ottawa, Direction générale du travail
Ministre des Travaux publics et services gouvernementaux Canada, 30 p.

DUCHON, J. C., et T. J. SMITH (1993). « Extended workdays and safety », *International Journal of Industrial Ergonomics*, vol. 11, p. 37-49.

DUGUAY, P., et P. MASSICOTTE (1999). *Profil statistique des affections vertébrales survenues au Québec entre 1994 et 1996 et indemnisées par la CSST*, Montréal, rapport de recherche, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 197 p.

EMPLOI ET IMMIGRATION CANADA (1989). *Classification canadienne des professions*, Ottawa, Direction générale des informations sur les professions et les carrières, Ministre des approvisionnements et services Canada, pagination multiples.

FINE, L. J., B. A. SILVERSTEIN, T. ARMSTRONG et autres (1986). « Detection of cumulative trauma disorders of upper extremities in the workplace », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 28, p. 674-678.

FLANNERY, R. B. Jr. (1996). « Violence in the workplace, 1970-1995: A review of the literature », *Aggression and violent behavior*, vol. 1, n° 1, p. 57-68.

FRANÇOIS, M., et D. LIÉVIN (1986). « Approche des risques professionnels des travailleurs intérimaires », *Cahier de notes documentaires*, n° 124, INRS.

GUO, H.-R., S. TANAKA, L. CAMERON et autres (1995). « Back pain among workers in the United States: National estimates and workers at high risk », *American Journal of Industrial Medicine*, vol.28, p. 591-602.

GUO, H.-R., S. TANAKA, W. HALPERIN et L. CAMERON (1999). « Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays », *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 1029-1035.

GUTEK, B. A., et M. P. KOSS (1993). « Effects of sexual harassment on women and organizations », *Occupational Medicine*, vol. 8, n° 4, p. 807-819.

HAGEN, K., et O. THUNE (1998). « Work incapacity from low back pain in the general population », *Spine*, vol. 23, p. 2091-2095.

HARTZ, A. J., M. E. FISCHER, G. BRIL, S. KELBER, D. RIPLEY Jr., B. OKEN et A. A. RIMM (1986). « The association of obesity with joint pain and osteoarthritis in the HANES data », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 39, n° 4, p. 11-19.

HÉBERT, F. (1996). *Les indicateurs de lésions en santé et sécurité du travail: analyse par secteur d'activité économique en 1991*, Montréal, IRSST, 201 p.

HERAN-LE ROY, O., I. NIEDHAMMER, N. SANDRET et A. LECLERC (1999). « Manual materials handling and related occupational hazards: A national survey in France », *International Journal of Industrial Ergonomics*, vol. 24, p. 365-377.

HILDEBRANDT, V. (1995a). « Back pain in the working population: Prevalence in Dutch trades and professions », *Ergonomics*, vol. 38, p. 1283-1298.

HILDEBRANDT, V. (1995b). « Musculoskeletal symptoms and workload in 12 branches of Dutch agriculture », *Ergonomics*, vol. 38, p. 2576-2587.

HUNTING, K. L., C. M. MATANOSKI, M. LARSON et R. WOLFORD (1991). « Solvent exposure and the risks of slips, trips and falls among painters », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 20, n° 3, p. 353-370.

JEONG, B. Y. (1998). « Occupational deaths and injuries in the construction industry », *Applied Ergonomics*, vol. 29, n° 5, p. 355-360.

JOHANSSON, J. (1994). « Work-related and non-work-related musculoskeletal symptoms », *Applied Ergonomics*, vol. 25, p. 248-251.

JOHANSSON, J., et S. RUBENOWITZ (1994). « Risk indicators in the psychosocial and physical work environment for work-related neck, shoulder and low back symptoms: A study among blue- and white-collar workers in eight companies », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 26, n° 3, p. 131-142.

KARASEK, R. (1985). « Job Content Questionnaire and User's Guide », *Los Angeles: Department of Industrial and System Engineering*, Los Angeles, University of Southern California, 50 p.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). *Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 381 p.

KELSEY, J. L., W. D. THOMPSON et A. S. EVANS (1986). *Methods in observational epidemiology*, Monographs in Epidemiology and Biostatistics, New York, Oxford, Oxford University Press, vol. 10, 366 p.

KRIJNEN, R. M. A., et autres (1997). « Venous insufficiency in male workers with a standing profession, part 1: Epidemiology », *Dermatology*, vol. 194, n° 2, p. 111-120.

KUORINKA, I., et L. FORCIER (1995). *Les lésions attribuables au travail répétitif (LATR) : ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail*, Sainte-Foy, Québec, Éditions MultiMondes, 510 p.

KUORINKA, I., B. JONSSON, A. KILBOM, H. VINTERBERG et F. BIERING-SORENSEN (1987). « Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms », *Applied Ergonomics*, vol. 18, p. 233-237.

LAFLAMME, L., et E. CLOUTIER (1988). « Mechanization and risk of occupational accidents in the logging industry », *Journal of Occupational Accidents*, vol. 10, p. 191-198.

LANDEN, D. D., et S. HENDRICKS (1995). « Effect of recall on reporting of work injuries », *Public Health Reports*, vol. 110, n° 3, p. 350-354.

- LAROCQUE, B., C. BRISSON et C. BLANCHETTE (1998). « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de KARASEK », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol.96, p.371-381.
- LAVILLE, A. (1985). « Postural stress in high-speed precision work », *Ergonomics*, vol.28, n° 1, p. 229-236.
- LEBOEUF-YDE, C. (2000). «Body weight and low back pain, a systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies », *Spine*, vol. 25, n° 2, p. 226-237.
- LETZ, G. (1995). « Epidemiology of work injury » chap. 1 dans HERINGTON, T. N., et L. H. MORSE (éd.) *Occupational injuries: Evaluation, management and prevention*, Toronto, Mosby, p. 3-12.
- LIIRA, J. P., H. S. SHANNON, L. W. CHAMBERS et T. A. HAINES (1996). « Long-term back problems and physical work exposures in the 1990 Ontario health survey », *American Journal of Public Health*, vol.86, p. 382-387.
- LOWDEN, A., G. KECKLUND, J. AXELSSON et T. AKERSTEDT (1998). « Change from an 8-hour shift to a 12-hour shift, attitudes, sleep, sleepiness and performance », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 24, suppl. 3, p. 69-75.
- MAKELA, M., M. HELIOVAARA, K. SIEVERS, P. KNEKT, J. MAATELA et A. AROMAA (1993). « Musculoskeletal disorders as determinants of disability in Finns aged 30 years or more », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol.46, p.549-559.
- MAKELA, M., M. HELIOVAARA, K. SIEVERS, O. IMPIVAARA, P. KNEKT et A. AROMAA (1991). « Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland », *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, p.1356-1367.
- MAO, Y., R. SEMENCIW, H. MORRISON et autres (1987). « Increased rates of illness and death from asthma in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 137, p. 620-624.
- MCNEIL, J. M. (1994). « Prevalence of disabilities and associated health conditions – United States, 1991-1992 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol.43, p.730-731, 737-739.
- MEREDITH, S. K., et J. C. MCDONALD (1994). « Work-related respiratory disease in the United Kingdom, 1989-1992: Report on the SWORD project », *Occupational Medicine*, vol.44, p. 183-189.
- MESSING, K., et A. KILBOM (octobre 1999). « Standing and very slow walking: Foot pain-pressure threshold, subjective pain experience and work activity » dans *Proceedings of the Association of Canadian Ergonomists*, Hull, Québec, CD-ROM.
- MESSING, K., et autres (1998). « Sex, a surrogate for some working conditions: Factors associated with sickness absence in French poultry slaughterhouses and canneries », *Journal of Occupational Health and Environmental Medicine*, vol.40, p. 250-260.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1998). *Work-related musculoskeletal disorders: A review of the evidence*, Washington, D.C., National Academy Press, 34 p.
- OHLSSON, K., R. ATTEWELL, B. JOHNSON, A. AHLM et S. SKERFVING (1994). « An assessment of neck and upper extremity disorders by questionnaire and clinical examination », *Ergonomics*, vol.37, p. 891-897.
- POSTER, E. C., et J. A. RYAN (1989). « Nurses' attitude toward physical assaults by patients », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol.III, n° 6, p. 315-322.
- PROVENCHER, S., F. LABRÈCHE et L. DE GUIRE (1997). « Physician based surveillance system for occupational respiratory diseases: The experience of PROPULSE, Québec, Canada », *Occupational and Environmental Medicine*, vol.54, p.272-276.
- RYAN, G. A. (1989). «The prevalence of musculoskeletal symptoms in supermarket workers », *Ergonomics*, vol. 32, n° 4, p. 359-371.

SALLIE, B. A., D. J. ROSS, S. K. MEREDITH et J. C. MCDONALD (1994). « SWORD'93, Surveillance of work-related and occupational respiratory disease in the UK », *Occupational Medicine*, vol. 44, p. 177-182.

SALMINEN, S. (1993). « The effect of company size on serious occupational accidents » dans NIELSEN, R., et K. JORGENSEN (éd.) *Advances in Industrial Ergonomics and Safety*, New York, Taylor & Francis, p. 507-514.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SEIDEL, H., et R. HEIDE (1986). « Long-term effects of whole-body vibration: A critical survey of the literature », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 58, p. 1-26.

SELIN, K., J. WINKEL et STOCKHOLM-MUSIC I STUDY GROUP (1994). « Evaluation of two instruments for recording sitting and standing postures and number of foot steps », *Applied Ergonomics*, vol. 25, n° 1, p. 41-46.

SIMARD, M., C. LÉVESQUE et D. BOUTEILLER (1988). *L'efficacité en gestion de la sécurité du travail : principaux résultats d'une recherche dans l'industrie manufacturière*, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail, Montréal, Université de Montréal, 79 p.

STATISTIQUE CANADA (1997). *Dictionnaire du recensement de 1996*, Ottawa : industrie Canada, Recensement du Canada de 1996, n° 92-351-XPF au catalogue.

STENBERG, B., et S. WALL (1995). « Why do women report 'sick building symptoms' more often than men? », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 4, p. 491-502.

STOCK, S. R. (1997). *Portrait des lésions musculo-squelettiques ayant donné lieu à une indemnisation chez les travailleurs et les travailleuses de l'île de Montréal en 1991*, Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, pagination multiples.

TANAKA, S., D. WILD, P. SELIGMAN, V. BEHRENS, L. CAMERON et V. PUTZ-ANDERSON (1995). « The US prevalence of self-reported carpal tunnel syndrome: 1988 National Health Interview Survey », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 27, p. 451-470.

TANAKA, S., D. WILD, P. SELIGMAN, W. HALPERIN, V. BEHRENS et V. PUTZ-ANDERSON (1994). « Prevalence and work-relatedness of self-reported carpal tunnel syndrome among US workers: Analysis of the occupational health supplement data of 1988 national health interview survey », *American Journal of Public Health*, vol. 84, p. 1846-1848.

VAN ROOSMALEN, E., et S. A. MCDANIEL (1998). « Sexual harassment in academia: a hazard to women's health », *Women's Health*, vol. 28, n° 2, p. 33-54.

VÉZINA, N., et A. LAJOIE (1996). « Le siège assis-debout : une solution de rechange à la posture debout statique », *Objectif Prévention*, vol. 19, n° 4, p. 38-41.

WHITTINGTON, R., et T. WYKES (1989). « Invisible injury », *Nursing Times*, vol. 85, n° 42, p. 30 et 32.

RENAUD, M., S. JUTRAS et P. BOUCHARD (avec la collaboration de L. GUYON et R. B. DANDURAND) (1987). « Être chef de famille monoparentale » dans *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, rapport présenté à la Commission Rochon, Montréal, Université de Montréal, GRASP, p. 195-249.

SAINT-JACQUES, M.-C. (1990). « Familles recomposées : qu'avons-nous appris au fil des ans? », *Service social*, vol. 39, p. 7-37.

STATISTIQUE CANADA (1998). « Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – les changements dans l'environnement familial », *Le Quotidien*, 2 juin, Ottawa, Statistique Canada, 4 p.

VISHER, E. B., et J. S. VISHER (1979). *Stepfamilies: A Guide to Working with Stepparents and Stepchildren*, Secaurus, The Cited Press.

Tableaux complémentaires

Tableau C.26.1

Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus et horaire irrégulier ou imprévisible selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Rémunération au rendement, à la commission ou au bonus			Horaire irrégulier ou imprévisible		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%					
Hommes						
15-24 ans	83,1	8,1*	8,8*	34,5	32,7	32,8
25-39 ans	82,6	6,4	11,1	32,6	32,9	34,6
40-49 ans	84,1	5,0	11,0	30,8	33,6	35,6
50 ans et plus	84,9	3,7*	11,4	32,8	33,5	33,7
Femmes						
15-24 ans	83,1	6,1*	10,8	28,0	34,5	37,6
25-39 ans	87,4	4,1	8,5	40,6	33,4	25,9
40-49 ans	92,0	1,7**	6,3	47,6	29,8	22,6
50 ans et plus	92,3	1,5**	6,2*	46,6	30,6	22,7
Sexes réunis						
15-24 ans	83,1	7,2	9,7	31,4	33,6	35,0
25-39 ans	84,8	5,3	9,9	36,3	33,1	30,6
40-49 ans	87,7	3,5	8,8	38,4	31,9	29,7
50 ans et plus	87,7	2,8*	9,4	38,0	32,4	29,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.2

Travail répétitif des mains et des bras et manipulation de charges lourdes selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Travail répétitif des mains et des bras			Manipulation de charges lourdes		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%					
Hommes						
15-24 ans	51,6	13,3	35,2	32,5	27,9	39,6
25-39 ans	65,3	13,4	21,3	48,7	24,7	26,6
40-49 ans	68,6	12,9	18,5	55,0	23,4	21,7
50 ans et plus	73,2	10,6	16,2	66,5	19,2	14,3
Femmes						
15-24 ans	62,8	12,9	24,3	60,0	26,8	13,2
25-39 ans	73,3	8,2	18,5	74,2	14,6	11,3
40-49 ans	70,0	8,3	21,7	73,8	16,5	9,7
50 ans et plus	75,0	5,8	19,2	77,5	13,4	9,1*
Sexes réunis						
15-24 ans	56,8	13,1	30,1	45,3	27,4	27,3
25-39 ans	69,0	11,0	20,0	60,4	20,1	19,5
40-49 ans	69,2	10,8	20,0	63,5	20,3	16,2
50 ans et plus	73,9	8,8	17,4	70,7	17,0	12,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.3

Violence physique, intimidation et paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail selon la fréquence des situations de tension vécues avec le public, la violence physique et l'intimidation au travail au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Violence physique au travail		Intimidation au travail		Paroles ou gestes à caractère sexuel non désirés au travail	
	Jamais	De temps en temps, souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps, souvent ou très souvent	Jamais	De temps en temps, souvent ou très souvent
	%					
Fréquence des situations de tension vécues avec le public						
Pas de contact avec le public	98,8	1,2**	87,3	12,7	97,7	2,3*
Jamais ou rarement	99,2	0,9**	88,8	11,2	97,5	2,5*
De temps en temps	97,0	3,0	81,4	18,6	95,2	4,8
Souvent ou très souvent	93,5	6,5	71,8	28,2	92,3	7,7
Violence physique au travail						
Jamais	...	...	83,7	16,3	96,3	3,7
De temps en temps ou souvent ou très souvent	...	...	32,0	68,0	71,7	28,3
Intimidation au travail						
Jamais	98,9	1,2	...	...	98,1	1,9
De temps en temps ou souvent ou très souvent	88,7	11,3	...	...	83,7	16,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.4

Problèmes musculo-squelettiques sérieux de longue durée détaillés, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	%
Sérieux maux de dos ou de la colonne	
Maux du cou	2,8
Maux du haut du dos	3,1
Maux du bas du dos	7,7
Total (au moins un problème)	9,6
Arthrite ou rhumatisme	
Usure des articulations ou arthrose	3,1
Total (au moins un problème)	4,7
Autres problèmes sérieux des os ou des articulations ou des muscles ou des tendons	
Tendinite, bursite, épicondylite, etc.	2,3
Compression ou pincement de nerf, par exemple, le syndrome du canal carpien, etc.	0,5*
Autres problèmes sérieux des muscles, des os ou des articulations, par exemple, un problème de douleur musculaire généralisée telle que la fibromyalgie, etc.	0,9
Total (au moins un problème)	3,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.5

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Exposition à la contrainte indiquée		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%		
Travail répétitif des mains et des bras			
Cou	12,9	12,0	17,9
Épaules	10,5	12,9	19,7
Bras	4,4	8,8	14,1
Coudes	2,8	5,0	8,2
Avant-bras, poignets, mains	5,0	9,7	15,8
Haut du dos	11,7	14,0	19,9
Bas du dos	22,1	29,0	30,8
Genoux	7,9	11,1	10,5
Jambes, mollets	5,6	7,1	10,1
Chevilles, pieds	8,4	10,0	14,0
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	16,2	23,9	32,4
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	16,1	19,1	23,1
Manipulation de charges lourdes			
Cou	14,2	13,5	13,1
Épaules	11,7	12,4	16,6
Bras	5,3	6,3	13,0
Coudes	3,4	4,2	7,0
Avant-bras, poignets, mains	6,0	7,7	13,9
Haut du dos	12,1	13,3	18,8
Bas du dos	20,8	26,1	35,2
Genoux	7,0	10,4	13,2
Jambes, mollets	5,3	6,8	11,0
Chevilles, pieds	7,9	11,5	13,5
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	17,6	20,6	30,3
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	14,5	20,8	26,0
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement			
Cou	14,5	11,5	13,6
Épaules	12,1	11,6	15,9
Bras	5,3	7,1	12,7
Coudes	3,1	4,5	7,9
Avant-bras, poignets, mains	5,9	8,9	13,9
Haut du dos	12,6	13,1	17,8
Bas du dos	21,2	25,7	35,6
Genoux	7,2	9,3	14,4
Jambes, mollets	6,1	6,5	8,9
Chevilles, pieds	8,7	10,4	12,8
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	18,2	20,4	29,2
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	15,8	19,4	24,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.5 (suite)

Douleurs musculo-squelettiques ressenties « assez souvent ou tout le temps » ayant dérangé dans les activités au cours d'une période de 12 mois selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 1998

	Exposition à la contrainte indiquée		
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent ou tout le temps
	%		
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)			
Cou	13,9	12,0	15,9
Épaules	12,1	11,8	19,0
Bras	5,7	7,9	16,2
Coudes	3,5	5,0	9,8*
Avant-bras, poignets, mains	6,5	9,8	16,3
Haut du dos	13,0	12,2	21,0
Bas du dos	22,3	27,1	40,9
Genoux	8,0	11,2	13,4
Jambes, mollets	6,2	7,5	9,1*
Chevilles, pieds	9,2	9,6	13,6
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	18,8	21,8	33,6
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	16,7	19,2	25,4
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)			
Cou	13,9	11,9	15,7
Épaules	12,3	13,3	17,9
Bras	6,0	10,7	14,5
Coudes	3,7	7,7	6,8*
Avant-bras, poignets, mains	7,1	10,1	14,4
Haut du dos	13,0	15,0	20,2
Bas du dos	22,9	31,4	38,9
Genoux	8,2	12,6	13,6*
Jambes, mollets	6,3	7,1	11,4*
Chevilles, pieds	9,2	11,6	13,4*
Membres supérieurs (au moins un site de douleur)	19,5	23,3	31,6
Membres inférieurs (au moins un site de douleur)	17,1	21,5	24,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.6

Caractéristiques de la douleur musculo-squelettique ayant le plus dérangé et son impact sur le travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	%
Délais depuis la première fois que la douleur a été remarquée	
Moins de trois mois	12,9
De trois mois à moins de six mois	10,7
De six mois à moins d'un an	13,3
De un an à moins de deux ans	14,4
Deux ans et plus	48,8
Durée totale d'absence du travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	
Aucun arrêt du travail	88,8
Moins de trois semaines	7,4
De trois semaines à moins de trois mois	2,3
De trois mois à moins de six mois	0,8
Durant six mois et plus	0,8
Croyance que la douleur soit reliée au travail	
Oui, reliée entièrement au travail	23,7
Oui, reliée en partie au travail	27,7
Non reliée au travail	32,9
Ne sait pas si reliée à son travail	15,7
A cessé de travailler complètement à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	3,9
A cessé de travailler temporairement à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	8,9
A changé d'employeur à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	1,0
A changé d'emploi dans la même entreprise à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	1,3
A changé de tâche ou de façon de travailler dans l'emploi régulier à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	11,1
A modifié son poste de travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	13,3
A réduit les heures de travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	5,0
A vécu d'autres changements au travail à cause de cette douleur au cours d'une période de 12 mois	1,1

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.7

Douleur musculo-squelettique ressentie au bas du dos, perçue comme étant reliée entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Bas du dos				Oui, douleur (total)
	Aucune douleur au cours des 7 derniers jours	Oui, douleur reliée entièrement ou en partie au travail	Oui, douleur mais non reliée au travail	Oui, douleur mais ne sait pas si reliée au travail	
	%				
Travail répétitif des mains et des bras					
Jamais	77,4	12,0	6,9	3,7	22,6
De temps en temps	69,4	20,4	6,7*	3,6*	30,6
Assez souvent ou tout le temps	69,5	22,9	4,2	3,4*	30,5
Manipulation de charges lourdes					
Jamais	78,6	10,8	7,1	3,6	21,4
De temps en temps	71,1	18,2	6,3	4,3	28,9
Assez souvent ou tout le temps	67,3	26,3	3,8*	2,6*	32,7
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Jamais	77,2	11,7	7,4	3,7	22,8
De temps en temps	72,2	18,5	5,5	3,8*	27,8
Assez souvent ou tout le temps	69,2	24,8	3,1*	2,9*	30,8
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)					
Jamais	76,5	12,9	7,0	3,7	23,6
De temps en temps	72,2	20,3	4,3*	3,3*	27,8
Assez souvent ou tout le temps	66,0	28,0	3,1*	3,0**	34,0
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)					
Jamais	76,1	13,5	6,8	3,7	23,9
De temps en temps	68,5	26,5	2,8**	2,2**	31,5
Assez souvent ou tout le temps	68,2	24,8	3,8**	3,3**	31,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.8

Douleurs musculo-squelettiques ressenties aux membres supérieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Membres supérieurs ¹ (au moins un site de douleur)				Oui, douleur (total)
	Aucune douleur au cours des 7 derniers jours	Oui, douleur reliée entièrement ou en partie au travail	Oui, douleur mais non reliée au travail	Oui, douleur mais ne sait pas si reliée au travail	
	%				
Travail répétitif des mains et des bras					
Jamais	82,3	9,4	6,1	2,2	17,7
De temps en temps	76,0	16,4	4,8*	2,9*	24,0
Assez souvent ou tout le temps	71,1	23,3	3,4*	2,3*	28,9
Manipulation de charges lourdes					
Jamais	81,6	10,2	6,1	2,1	18,4
De temps en temps	77,6	14,7	5,3	2,5*	22,4
Assez souvent ou tout le temps	73,7	20,5	3,0*	2,9*	26,3
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Jamais	80,2	11,2	6,4	2,2	19,8
De temps en temps	79,5	13,9	3,9*	2,7*	20,5
Assez souvent ou tout le temps	75,6	19,0	2,9*	2,5*	24,4
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)					
Jamais	80,4	11,4	6,0	2,2	19,6
De temps en temps	77,6	15,2	3,9*	3,3*	22,4
Assez souvent ou tout le temps	72,8	23,4	1,5**	2,1**	27,2
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)					
Jamais	79,8	12,0	5,8	2,3	20,2
De temps en temps	76,1	19,9	2,1**	1,9**	23,9
Assez souvent ou tout le temps	75,5	19,5	2,8**	2,2**	24,5

1. Inclut les douleurs ressenties aux épaules, aux bras, aux coudes et aux avant-bras, aux poignets ou aux mains.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.9

Douleurs musculo-squelettiques ressenties aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon l'exposition aux risques ou contraintes physiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours Québec, 1998

	Membres inférieurs ¹ (au moins un site de douleur)				
	Aucune douleur au cours des 7 derniers jours	Oui, douleur reliée entièrement ou en partie au travail	Oui, douleur mais non reliée au travail	Oui, douleur mais ne sait pas si reliée au travail	Oui, douleur (total)
	%				
Travail répétitif des mains et des bras					
Jamais	82,6	7,7	7,7	2,0	17,4
De temps en temps	78,9	13,7	5,6*	1,8**	21,1
Assez souvent ou tout le temps	76,0	17,3	4,7	2,0*	24,0
Manipulation de charges lourdes					
Jamais	84,0	6,8	7,5	1,7	16,0
De temps en temps	76,8	14,1	6,3	2,7*	23,2
Assez souvent ou tout le temps	74,5	18,4	4,8	2,3*	25,5
Fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement					
Jamais	82,0	8,1	7,9	1,9	18,0
De temps en temps	79,3	13,3	5,1	2,3*	20,7
Assez souvent ou tout le temps	77,4	16,1	4,0*	2,4*	22,6
Vibrations provenant d'outils à main (vibrations des mains ou des bras)					
Jamais	81,6	9,0	7,5	2,0	18,4
De temps en temps	78,4	14,6	4,7*	2,3**	21,6
Assez souvent ou tout le temps	77,6	16,3	3,6*	2,5**	22,4
Vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol (vibrations de tout le corps)					
Jamais	81,3	9,4	7,3	2,0	18,7
De temps en temps	78,5	15,3	4,1*	2,2**	21,5
Assez souvent ou tout le temps	77,1	18,0	2,3**	2,6**	22,9

1. Inclut les douleurs ressenties aux genoux, aux jambes ou mollets et aux chevilles ou pieds.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.10

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon la posture de travail générale et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Bas du dos	Membres inférieurs ¹
	(au moins un site de douleur)	
	%	
Posture de travail habituelle selon l'âge		
15-24 ans		
Debout	18,6	16,7
Assis	10,9*	1,5*
Total	17,1	13,7
25-39 ans		
Debout	18,4	13,7
Assis	9,7	2,6*
Total	14,6	8,8
40-49 ans		
Debout	19,3	17,0
Assis	12,3	3,2*
Total	16,0	10,4
50 ans et plus		
Debout	18,5	17,4
Assis	8,7*	4,3*
Total	14,4	11,9

1. Inclut les douleurs ressenties aux jambes ou aux mollets, aux genoux et aux chevilles ou aux pieds, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau C.26.11

Douleurs ressenties au bas du dos et aux membres inférieurs, perçues comme étant reliées entièrement ou en partie au travail selon la posture de travail générale et la manipulation de charges lourdes, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré et ayant ressenti des douleurs au cours d'une période de 7 jours, Québec, 1998

	Bas du dos		Membres inférieurs		
		Jambes ou mollets	Genoux	Chevilles ou pieds	Au moins un site de douleur
	%				
Manipulation de charges lourdes selon la posture de travail générale					
Jamais					
Debout	13,0	6,8	4,4	8,5	13,1
Assis	9,4	1,0**	0,9*	0,9*	2,2*
Total	10,9	3,5	2,4	4,1	6,9
De temps en temps ou assez souvent ou tout le temps					
Debout	23,4	7,6	9,0	10,9	18,2
Assis	16,0	4,5**	3,5**	2,8**	7,3*
Total	22,2	7,1	8,1	9,8	16,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chapitre 27

Environnement psychosocial du travail

Renée Bourbonnais

Département de réadaptation
Université Laval

Brigitte Larocque

Chantal Brisson

Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Michel Vézina

Institut national de santé publique du Québec
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Denis Laliberté

Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Introduction

La littérature scientifique démontre de plus en plus que certaines contraintes de l'environnement psychosocial du travail peuvent contribuer au développement de problèmes de santé physique et psychologique. Les contraintes psychosociales du travail les plus souvent étudiées sont celles décrites par le modèle de Karasek, soit une demande psychologique élevée, un faible niveau d'autonomie décisionnelle et, surtout, la combinaison de ces deux facteurs (Karasek et Theorell, 1990). Karasek suggère que la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible autonomie décisionnelle au travail joue un rôle important dans le développement des problèmes de santé mentale (Karasek et Theorell, 1990). Par ailleurs, les personnes exposées à une demande élevée, mais bénéficiant également d'un niveau élevé d'autonomie qui leur permet d'apprendre et de participer, sont moins à risque de développer des problèmes de santé. Toutefois, lorsque la demande est très élevée, elle peut annuler l'effet protecteur de l'autonomie. Le modèle de Karasek suppose également que les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle accompagné d'une faible demande psychologique risquent de développer un sentiment d'impuissance qui les rend aussi susceptibles de souffrir de problèmes de santé (Karasek et Theorell, 1990).

L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a montré que certains indicateurs de santé et d'adaptation sociale sont associés à un niveau faible d'autonomie décisionnelle au travail (Santé Québec, 1995).

Des études réalisées en Europe et aux États-Unis auprès de différentes catégories de travailleurs ont démontré un lien entre une combinaison de demande élevée et de faible autonomie décisionnelle au travail et une augmentation des symptômes psychologiques comme la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel (Braun et Hollander, 1988; Landsbergis, 1988; Karasek et Theorell, 1990; Cree et Kelloway, 1993). Dans des études effectuées chez les cols blancs et les infirmières du Québec, l'exposition à l'une ou l'autre de ces contraintes et l'exposition simultanée aux deux étaient associées à une prévalence accrue de détresse psychologique et de consommation de psychotropes (Bourbonnais et autres, 1996; 1998). D'autres études ont indiqué que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie dans l'exécution de leur travail et une demande psychologique faible deviennent de plus en plus passives dans leur participation à des activités sociales, politiques ou de loisirs (Karasek et Theorell, 1990). La diminution de loisirs sociaux et le désengagement envers la vie sociale pourraient ainsi entraîner l'isolement social et, par le fait même, une baisse de soutien social, qui est

un déterminant de la santé. L'insuffisance de soutien social peut laisser l'individu dans une position vulnérable, propice à un déséquilibre psychologique. Le manque de soutien social a, entre autres, été associé à la négligence et à la violence envers les enfants (Conseil des affaires sociales, 1990). Par ailleurs, on a aussi constaté que le type d'emplois occupés traditionnellement par les femmes les expose davantage que les hommes à ces contraintes (Brisson et autres, sous presse; Larocque et autres, 1998).

Un des mécanismes suggérés pour expliquer le lien entre les contraintes psychosociales du travail et certains problèmes de santé est l'adoption de comportements nocifs pour la santé tels le tabagisme, la sédentarité et la consommation d'alcool en tant que moyens de s'adapter à la tension générée par ces contraintes ou de l'évacuer (Schnall et autres, 1994). Les résultats des études portant sur l'exposition combinée à un faible niveau d'autonomie et à une demande psychologique élevée et ces comportements nocifs pour la santé sont toutefois inconsistants.

Les axes de recherche présentés ici s'appuient sur les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* en ce qui a trait à l'amélioration des connaissances sur les déséquilibres psychologiques d'origine professionnelle dans le but de réduire les problèmes de santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, [MSSS] 1992). Après une brève description de l'évolution de l'autonomie décisionnelle au travail entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998, le présent chapitre vise à établir la prévalence des contraintes de l'environnement psychosocial du travail telles qu'elles sont déclarées par les travailleurs québécois, ainsi qu'à mesurer l'association entre ces contraintes et certains indicateurs choisis en fonction de leur pertinence. Les résultats sont d'abord présentés pour l'ensemble de la population étudiée. Ils sont ensuite décrits selon le sexe, l'âge et le niveau de scolarité. De plus, les contraintes de l'environnement psychosocial sont mises en relation avec certains indicateurs de santé (perception de l'état de santé mentale et de l'état de santé générale, indice de détresse psychologique), ainsi qu'avec les indicateurs d'adapta-

tion sociale que sont la satisfaction à l'égard de la vie sociale et le soutien social. Finalement, certains comportements de santé, soit l'usage du tabac, la consommation d'alcool et la pratique d'activités physiques de loisir, sont aussi évalués. Ces analyses sont réalisées pour la première fois au Québec.

27.1 Aspects méthodologiques

Les questions faisant l'objet du présent chapitre appartiennent à la section VIII du questionnaire auto-administré (QAA) qui porte sur le travail. La population étudiée est constituée des personnes de 15 ans et plus qui, au moment de l'enquête, occupaient un emploi et travaillaient 25 heures et plus par semaine; cette population est estimée à 2 961 000 Québécois (tableau C.27.1). Pour les fins de l'analyse propres au présent chapitre, les groupes d'âge retenus sont les suivants : 15-24 ans, 25-44 ans et 45 ans et plus.

27.1.1 Indicateurs

L'autonomie décisionnelle au travail concerne deux aspects de la vie professionnelle. Elle porte d'abord sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles et, ensuite, sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent (Karasek et Theorell, 1990). Elle est mesurée par neuf questions (QAA53 à QAA61) provenant du « Job Content Questionnaire » (JCQ) (Karasek, 1985), qui a été développé à partir de l'enquête « The U.S. quality of employment surveys ». La demande psychologique au travail fait référence à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps. Elle est mesurée par neuf questions (QAA62 à QAA70) provenant également du JCQ. Les qualités psychométriques de cette version du questionnaire ont été démontrées dans des échantillons représentatifs de travailleuses et travailleurs américains (Karasek et Theorell, 1990) et de travailleuses et travailleurs québécois (Brisson et autres, 1998; Larocque et autres, 1998).

Les répondants au questionnaire devaient indiquer leur degré d'accord avec chacune des questions, par

exemple « Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles » (QAA53), sur une échelle à quatre catégories de réponse allant de la cote 1 « fortement en désaccord » à la cote 4 « fortement en accord ». On a élaboré l'indice d'autonomie décisionnelle au travail à partir de l'addition des valeurs de la cote donnée par le répondant à chacune des neuf questions sur l'autonomie, après avoir préalablement inversé les cotes de la question QAA56 (dont le sens diffère des autres questions composant l'indice), tout en accordant un poids équivalent aux deux dimensions de l'autonomie décisionnelle : l'utilisation des qualifications (QAA53 à QAA56, QAA59, QAA61) et l'autorité décisionnelle (QAA57, QAA58 et QAA60). On a élaboré l'indice de demande psychologique au travail en additionnant d'abord les valeurs de la cote donnée aux questions sur la demande formulées en termes de contraintes (QAA62, QAA66 à QAA70), puis en soustrayant les valeurs de la cote donnée aux questions QAA63, QAA64 et QAA65, dont le sens diffère des questions précédentes puisque le libellé fait référence à l'absence de contraintes.

Comme dans les publications portant sur la validité de cet instrument (Brisson et autres, 1998; Larocque et autres, 1998), les répondants ont été classifiés selon les scores médians observés dans l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990* (Santé Québec, 1994). Pour la demande psychologique, les répondants qui avaient un score inférieur à 9 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau faible de demande et les répondants qui avaient un score supérieur ou égal à 9 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau élevé de demande. Pour l'autonomie décisionnelle, les répondants qui avaient un score inférieur ou égal à 72 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau faible d'autonomie et les répondants qui avaient un score supérieur à 72 ont été classés parmi ceux qui ont un niveau élevé d'autonomie. Une variable à quatre niveaux basée sur les variables dichotomiques de demande et d'autonomie a été créée pour désigner l'exposition combinée à la demande psychologique et à l'autonomie décisionnelle. Les personnes ayant une demande psychologique faible et une autonomie décisionnelle élevée (DP-AD+) ont été considérées comme les moins exposées; celles ayant

une demande élevée et une autonomie faible (DP+AD-) ont été considérées comme les plus exposées; enfin, celles situées dans les deux autres catégories, c'est-à-dire les personnes exposées à une demande élevée mais ayant également une autonomie élevée (DP+AD+) et les personnes exposées à une demande faible et ayant également une autonomie faible (DP-AD-), ont été considérées comme ayant des expositions intermédiaires.

27.1.2 Comparabilité avec l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*

La dimension de l'autonomie décisionnelle au travail ayant été étudiée dans l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, ces données ont été comparées à celles de la présente enquête selon l'âge et le sexe. Cela a permis de mesurer l'évolution de cette contrainte dans la population des travailleuses et des travailleurs québécois. Toutefois, aucune donnée sur la demande psychologique au travail n'étant disponible dans l'enquête de 1992-1993, la comparaison entre les deux enquêtes n'a pas été possible pour cette contrainte ni pour la combinaison des deux contraintes.

27.1.3 Portée et limites des données

Bien que le « Job Content Questionnaire » ne mesure pas toutes les contraintes du travail et encore moins les contraintes hors travail susceptibles de toucher davantage les femmes que les hommes, l'utilisation du modèle de Karasek dans l'*Enquête sociale et de santé 1998* a permis au Québec de se joindre à un nombre important d'études réalisées sur deux décennies, dans différents pays (Karasek et autres, 1998). Utilisant un même modèle théorique, ces études permettent de mesurer l'effet des contraintes psychosociales du travail sur le risque, chez les travailleuses et les travailleurs, de développer des problèmes de santé sévères, particulièrement des maladies cardiovasculaires (Brisson, 2000; Belkic et autres, 2000). Il importe toutefois de souligner les principales lacunes du « Job Content Questionnaire ». D'abord, le caractère autorapporté des contraintes de l'environnement psychosocial de travail peut entraîner

un biais d'information. Cependant, cette mesure basée sur la perception qu'ont les travailleurs et les travailleuses de leur propre environnement de travail est souvent utilisée par les chercheurs et révèle une association plus forte avec la santé que des mesures plus objectives. De plus, son utilisation dans les devis transversaux limite la possibilité de mettre en évidence des relations de cause à effet entre ces contraintes et les problèmes de santé signalés.

Soulignons, par ailleurs, que le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour toutes les variables utilisées dans les analyses.

27.2 Résultats

27.2.1 Autonomie décisionnelle au travail

Le pourcentage de personnes qui présentent un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail en 1998 est de 56 % comparativement à 44 % en 1992-1993 (tableau 27.1). Il y a donc eu une augmentation significative de la proportion d'individus exposés à cette contrainte entre les deux enquêtes. Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, 62 % des femmes et 51 % des hommes ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail comparativement à 50 % et 40 % en 1992-1993.

Tableau 27.1

Faible autonomie décisionnelle au travail, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1992-1993 et 1998

	1992-1993	1998
	%	
Hommes	40,3	51,3
Femmes	49,6	61,5
Sexes réunis		
15-24 ans	63,2	70,2
25-44 ans	44,6	55,0
45 ans et plus	36,5	51,9
Total	44,1	55,5

Sources : Santé Québec, *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'écart significatif entre les femmes et les hommes est demeuré stable entre les deux enquêtes. Le pourcentage de personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle diminue avec l'âge, autant en 1998 qu'en 1992-1993.

27.2.2 Combinaison de l'autonomie décisionnelle et de la demande psychologique au travail

Variations selon le sexe, l'âge et la scolarité relative

Le pourcentage de personnes exposées à la combinaison d'une faible autonomie et d'une demande psychologique élevée au travail en 1998 est de 23 % (21 % chez les hommes et 25 % chez les femmes) (tableau 27.2), alors que 20 % des personnes ne sont exposées à aucune de ces deux contraintes (21 % des hommes et 19 % des femmes). Enfin, environ 24 % des personnes sont exposées à une demande élevée combinée à une autonomie élevée (27 % des hommes et 20 % des femmes) et 33 % sont exposées à une demande faible combinée à une autonomie faible (31 % des hommes et 36 % des femmes). Les femmes sont exposées dans une proportion significativement plus grande à une faible autonomie, que celle-ci soit combinée à une demande élevée ou faible.

Bien que la différence entre les groupes d'âge ne soit pas statistiquement significative, le pourcentage de personnes exposées à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie au travail diminue avec l'âge. Cette même tendance s'observe selon le sexe. Ainsi, toutes proportions gardées, les hommes et les femmes de 45 ans et plus sont moins exposés (18 % et 23 % respectivement) que les hommes et les femmes de 15 à 24 ans (28 % et 27 %). Par contre, la proportion des personnes exposées à une demande élevée, mais possédant en même temps une autonomie élevée, augmente de façon significative chez les hommes et les femmes entre le groupe des 15-24 ans (16 % et 11 %) et celui des 25-44 ans (29 % et 21 %).

Tableau 27.2

Contraintes psychosociales du travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	DP ⁻	DP ⁺	DP ⁻	DP ⁺
	AD ⁺	AD ⁺	AD ⁻	AD ⁻
	%			
Hommes				
15-24 ans	15,1	15,9	41,1	28,0
25-44 ans	20,2	29,4	29,5	20,9
45 ans et plus	25,5	27,2	29,4	17,9
Total	21,4	27,4	30,5	20,6
Pe '000	375	473	533	358
Femmes				
15-24 ans	17,8*	10,5*	44,5	27,2
25-44 ans	18,3	20,8	35,2	25,7
45 ans et plus	19,1	22,1	35,7	23,1
Total	18,5	20,2	36,2	25,1
Pe '000	226	245	444	307
Sexes réunis				
15-24 ans	16,2	13,6	42,5	27,7
25-44 ans	19,4	25,8	31,9	23,0
45 ans et plus	23,1	25,2	31,8	19,9
Total	20,2	24,4	32,9	22,5
Pe '000	601	718	977	665

DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'exposition aux contraintes du travail varie selon le niveau de scolarité, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 27.3). Ainsi, les hommes ayant la scolarité la plus faible sont, proportionnellement, les plus fréquemment exposés aux deux contraintes combinées (33 %). Dans les catégories de scolarité intermédiaires, soit les catégories faible, moyenne et élevée, la prévalence de l'exposition aux deux contraintes varie peu, se situant autour de 20 %. Les hommes ayant la scolarité la plus élevée sont proportionnellement moins exposés à un faible niveau d'autonomie, que la demande soit en même temps élevée (10 %) ou faible (17 %). La tendance est la même chez les femmes, bien que les seules proportions qui soient significativement différentes soient celles des femmes les moins scolarisées (34 %) par rapport aux femmes les plus scolarisées (19 %) lorsque les deux contraintes sont présentes, et 46 % contre 20 % lorsque la demande et l'autonomie sont faibles.

Tableau 27.3

Contraintes psychosociales du travail selon la scolarité relative, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	DP ⁻	DP ⁺	DP ⁻	DP ⁺
	AD ⁺	AD ⁺	AD ⁻	AD ⁻
	%			
Scolarité relative				
Hommes				
Plus faible	12,0	22,9	32,3	32,8
Faible	18,5	17,5	41,1	23,0
Moyenne	21,5	23,6	34,3	20,5
Élevée	22,9	27,9	30,0	19,2
Plus élevée	30,0	43,3	16,6	10,1
Femmes				
Plus faible	10,0*	10,6*	45,6	33,8
Faible	13,1	11,8	46,7	28,5
Moyenne	16,6	16,6	39,6	27,1
Élevée	22,7	19,5	36,7	21,1
Plus élevée	25,7	34,9	20,1	19,4

DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

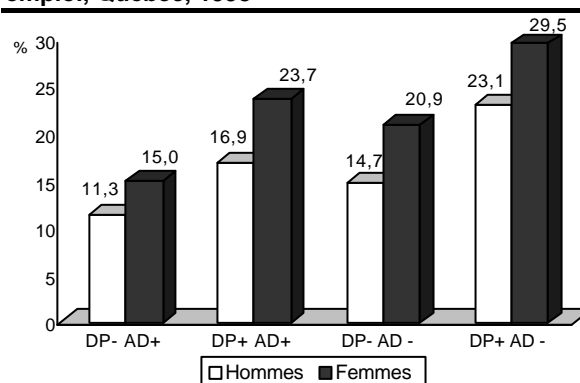
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

27.2.3 Variations selon certains indicateurs de santé

La détresse psychologique, la perception de l'état de santé mentale et la perception de l'état de santé générale sont associées aux contraintes du travail tant chez les hommes que chez les femmes (figure 27.1).

Figure 27.1

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998



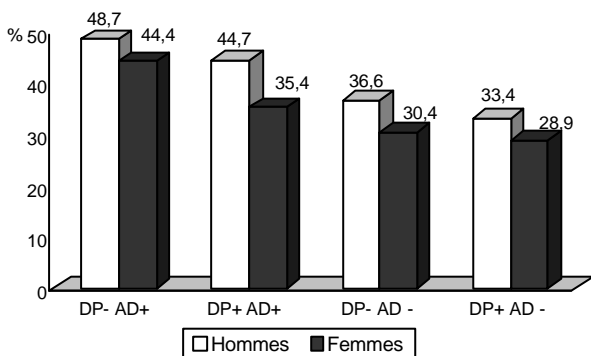
DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les hommes et les femmes exposés à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie au travail sont significativement plus nombreux au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique que ceux et celles qui ont une demande faible et une autonomie élevée.

Les pourcentages d'hommes et de femmes se percevant en excellente santé mentale sont significativement moins grands dans les groupes exposés à une faible autonomie au travail, que la demande soit élevée ou faible, par rapport aux groupes ayant une autonomie élevée et une demande faible (figure 27.2).

Figure 27.2
État de santé mentale perçu comme excellent selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

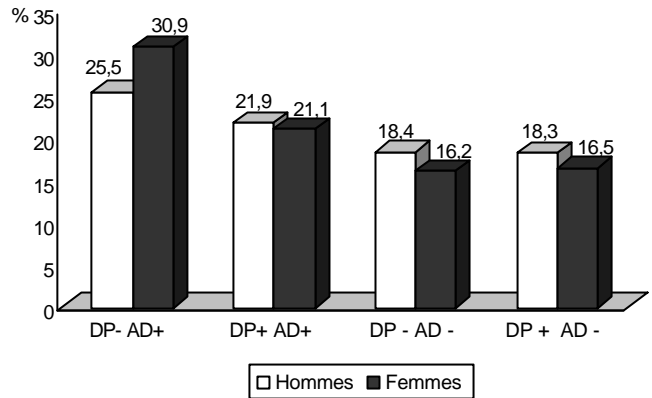


DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Chez les hommes, bien que les différences ne soient pas significatives, le pourcentage de ceux qui se perçoivent en excellente santé générale est plus important chez ceux qui ont une autonomie élevée que chez ceux qui ont une autonomie faible, que la demande soit faible ou élevée (26 % et 22 % c. 18 %) (figure 27.3). Chez les femmes, le même phénomène est observable et, cette fois, les différences entre les pourcentages sont significatives pour les femmes qui ont une autonomie faible (16 % et 17 %) comparativement à celles qui ont une autonomie élevée et une demande faible (31 %).

Figure 27.3
État de santé générale perçu comme excellent selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998



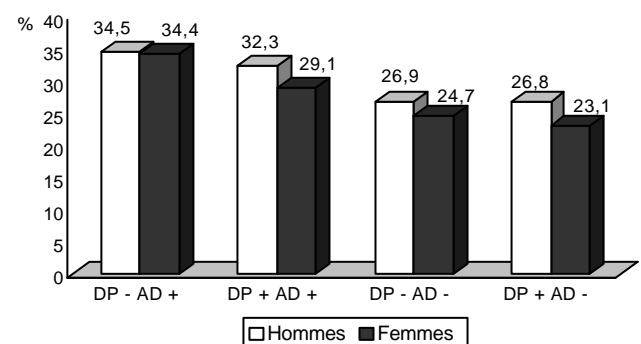
DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

27.2.4 Variations selon les indicateurs d'adaptation sociale

La satisfaction quant à la vie sociale est aussi associée aux contraintes du travail (figure 27.4).

Figure 27.4
Satisfaction élevée quant à la vie sociale selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

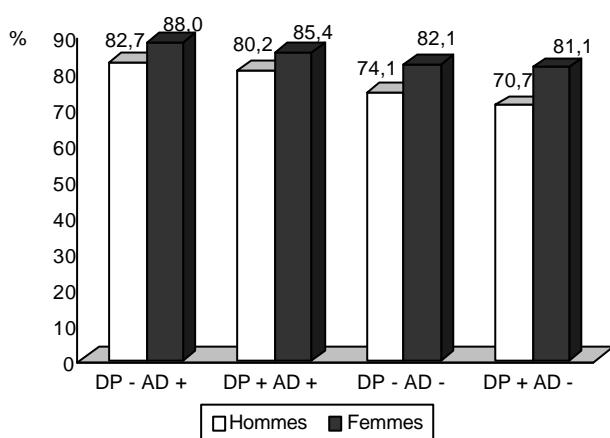


DP = demande psychologique;
AD = autonomie décisionnelle;
+ = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'indice de soutien social est également associé aux contraintes du travail chez les hommes (figure 27.5). En effet, chez ceux qui ont une autonomie élevée, 83 % et 80 % présentent un niveau de soutien social élevé comparativement à 71 % et 74 % chez ceux ayant une faible autonomie. Chez les femmes, la tendance va dans le même sens, sans être significative.

Figure 27.5
Niveau élevé à l'indice de soutien social, selon les contraintes psychosociales du travail et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998



DP = demande psychologique;
 AD = autonomie décisionnelle;
 + = élevée; - = faible.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

27.2.5 Variations selon certains comportements de santé

Les analyses effectuées sur l'association entre l'exposition à une combinaison de demande élevée et de faible autonomie au travail, la consommation de tabac ou d'alcool et la pratique d'activités physiques de loisir n'ont démontré aucune association significative.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

En résumé, les chiffres semblent indiquer une augmentation de 12 % de la proportion de personnes exposées à un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail pour la période allant de 1992-1993 à 1998. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses

à y être soumises et cette exposition est, plus souvent que chez les hommes, accompagnée d'une demande psychologique élevée. La proportion de personnes exposées simultanément aux deux contraintes du travail diminue avec l'âge et elle est importante chez les personnes les moins scolarisées. Les personnes exposées aux deux contraintes psychosociales du travail sont, en proportion, plus nombreuses à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. La perception de l'état de santé mentale et la perception de l'état de santé générale sont moins souvent qualifiées d'excellentes par les personnes exposées à un faible niveau d'autonomie au travail. Le soutien social hors travail est plus grand chez les individus qui ont un niveau élevé d'autonomie au travail. Enfin, on ne détecte pas d'association significative entre les comportements de santé mesurés (le tabagisme, la consommation d'alcool et la pratique d'activités physiques de loisir) et l'exposition aux contraintes du travail.

L'augmentation importante du pourcentage de Québécois ayant une faible autonomie au travail durant les années 1992-1993 à 1998 devrait faire l'objet d'analyses ultérieures pour identifier les causes de cette augmentation et les comparer avec la situation d'autres populations. La diminution de l'autonomie au travail suggère que le pourcentage de Québécois exposés à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie au travail a probablement également augmenté. Cette hypothèse devrait être vérifiée au moyen des données de l'*Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990* (Santé Québec, 1994), dans laquelle les deux indicateurs ont été mesurés. De plus, le phénomène de la violence pourrait être étudié par l'entremise du cadre théorique des contraintes de l'environnement de travail. Une recherche récente a montré que des travailleurs et des travailleuses soumis à une faible autonomie au travail avaient tendance à exercer davantage de contrôle sur leur conjoint(e) que les travailleurs qui bénéficiaient d'une bonne autonomie décisionnelle (Stets, 1995). De plus, une enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 1996 fait ressortir un lien important entre la demande élevée et l'autonomie faible au travail d'une part et la prévalence de violence physique et d'intimidation au travail d'autre part (Vézina et

autres, 1999). Le lien établi par la présente enquête entre une faible autonomie au travail et un plus faible soutien social hors travail, de même qu'une satisfaction moins grande face à la vie sociale, est compatible avec celui établi par Karasek entre le travail passif et une réduction des loisirs sociaux (Karasek et Theorell, 1990). Ces résultats sont à mettre en relation avec une réduction du capital social dans la communauté, celui-ci consistant en l'engagement civique mesuré par la participation à des groupes ou associations et le niveau de confiance mutuelle entre les membres de la communauté. La réduction du capital social est en effet de plus en plus identifiée comme étant un facteur important de risque de morbidité et de mortalité dans la population (Kawachi et autres, 1998; 1999).

Éléments de réflexion pour la planification

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettraient de connaître l'évolution des secteurs d'activité et des emplois accroissant le risque de détresse psychologique depuis l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. En effet, au cours des dernières années, le monde du travail a connu des transformations majeures, notamment en raison des développements technologiques et de la compétitivité liée entre autres à la mondialisation des marchés et au réaligement du rôle de l'État. L'identification des groupes professionnels plus à risque de développer des problèmes de santé mentale, relativement aux contraintes de l'environnement psychosocial du travail, faciliterait la mise en place de mécanismes de prévention organisationnels. Une analyse des données de l'enquête *Santé Québec 1987* (Santé Québec, 1988) a permis d'identifier les secteurs d'activité économique et les emplois accroissant le risque de détresse psychologique (Vézina et Gingras, 1995). Parmi ceux-ci, on retrouve un nombre appréciable de cols bleus et de travailleurs qualifiés du secteur des services, au sein duquel la majorité du personnel est composée de jeunes, de femmes et de gens moins scolarisés (Conseil économique du Canada, 1990). Ces observations rejoignent celles présentées ici à l'effet que la détresse est plus élevée chez les personnes exposées à la fois à une demande élevée et à une faible autonomie et que ces expositions s'observent plus

fréquemment chez les jeunes, les femmes et les personnes les moins scolarisées.

Par ailleurs, le fait que l'exposition aux contraintes psychosociales du travail ne présente pas un gradient parfait selon la scolarité indique que cette exposition ne constitue pas directement un indicateur de statut socioéconomique et mérite par conséquent qu'on s'y intéresse davantage pour identifier les catégories d'emploi augmentant le risque des travailleurs de développer des problèmes de santé.

Pour pousser plus loin l'analyse des liens entre les contraintes psychosociales au travail et la santé mentale, il serait nécessaire d'envisager un volet longitudinal à l'*Enquête sociale et de santé*. En effet, dans la littérature portant sur les effets des contraintes psychosociales du travail sur la santé, on retrouve plusieurs hypothèses d'associations non vérifiées et plusieurs résultats inconsistants, ce qui pourrait être en partie expliqué par le devis transversal de ces études. Le devis longitudinal est le devis le plus solide pour mesurer de façon valide l'effet des facteurs de l'environnement psychosocial du travail sur le développement de problèmes de santé sévères comme les maladies cardiovasculaires, musculo-squelettiques et de santé mentale (Checkoway et autres, 1989; Kasl, 1996.).

Enfin, les contraintes du travail visées par la présente enquête sont des caractéristiques précises, identifiables et modifiables de l'organisation du travail. Des études récentes réalisées en Suède (Karasek et Theorell, 1990; Levi, 1995) et en Hollande (Kompier, 1995) démontrent qu'il est possible de réduire ces contraintes par des interventions appropriées et que celles-ci s'accompagnent d'une diminution des symptômes physiques et psychologiques, d'une réduction de l'absence du travail et d'une augmentation de la motivation, de la satisfaction au travail et de la productivité des entreprises.

Les résultats présentés ici rejoignent l'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* qui vise l'amélioration de la santé mentale (MSSS, 1992). En effet, ils appuient la préoccupation d'inclure, dans les

stratégies et voies d'action prioritaires, des interventions visant le soutien aux milieux de travail pour favoriser une demande équilibrée et la participation des travailleurs et des travailleuses à la prise de décisions qui les concernent, de même que l'utilisation et le développement de leurs habiletés et de leurs compétences. Cette recommandation vaut particulièrement pour les femmes qui, selon les données de la présente enquête, sont plus défavorisées que les hommes à cet égard.

Bibliographie

BELKIC, K., et autres (2000). « Psychosocial factors: Review of the empirical data among men » dans SCHNALL, P. L., K. BELKIC, P. LANSBERGIS et D. BAKER (éd.), *The workplace and cardiovascular disease, occupational medicine: State of the art reviews*, Philadelphia, Hanley and Belfus, vol. 15, n° 1, p. 24-46.

BOURBONNAIS, R., M. COMEAU, M. VÉZINA et G. DION (1998). « Job strain, psychological distress, and burnout in nurses », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34, p. 18-20.

BOURBONNAIS, R., C. BRISSON, M. VÉZINA et J. MOISAN (1996). « Job strain and psychological distress in white collar workers », *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol. 22, p. 139-145.

BRAUN, S., et R. B. HOLLANDER (1988). « Work and depression among women in the Federal Republic of Germany », *Women and Health*, vol. 14, n° 2, p. 3-26.

BRISSON, C., et autres (1998). « Reliability and construct validity of the psychological demand and decision latitude scales of the Karasek Job Content Questionnaire », *Work & Stress*, vol. 12, n° 4, p. 322-336.

BRISSON, C., B. LAROCQUE et R. BOURBONNAIS (sous presse). « Les contraintes psychosociales chez les Canadiens et les Canadiennes », *Revue canadienne de santé publique*.

BRISSON, C. (2000). « Women, work and cardiovascular disease » dans SCHNALL, P. L., K. BELKIC, P. LANSBERGIS et D. BAKER (éd.), *The workplace and cardiovascular disease, occupational medicine: State of the art reviews*, Philadelphia, Hanley and Belfus, vol. 15, n° 1, p. 49-68.

CHECKOWAY, H., N. E. PEARCE et D. J. CRAWFORD-BROWN (1989). *Research Methods in Occupational Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 344 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES (1990). *De la protection des enfants au soutien des parents*, Québec, Gouvernement du Québec.

CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1990). *L'emploi au futur : tertiarisation et polarisation, Un rapport de synthèse*, Ottawa, Gouvernement du Canada.

CREE, T., et E. K. KELLOWAY (1993). « Stress, control and wellbeing: Searching for the effect », *Annual convention of the Canadian Psychological Association*, Montréal, Québec.

KARASEK, R. (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Department of Industrial and System Engineering, Los Angeles, University of Southern California, 50 p.

KARASEK, R., et T. THEORELL (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books, 381 p.

KARASEK, R., C. BRISSON, N. KAWAKAMI, I. HOUTMAN, P. BONGERS et B. AMICK (1998). « The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics », *Journal of Occupational Psychology*, vol. 3, n° 4, p. 322-355.

KASL, S. V. (1996). « The influence of the work environment on cardiovascular health: A historical, conceptual, and methodological perspective », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, n° 1, p. 42-56.

KAWACHI, I., B. P. KENNEDY, K. LOCHNER et D. PROTHROW-STITH (1998). « Social capital, income inequality and mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9, p. 1491-1498.

KAWACHI, I., B. P. KENNEDY et R. GLASS (1999). « Social capital and self-rated health: A contextual analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 8, p. 1187-1193.

KOMPIER, M. (1995). *Occupational and Health Administration Conference on Work, Stress, and Health*, Washington D. C., American psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health.

LANDSBERGIS, P. A. (1988). « Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 9, p. 217-239.

LAROCQUE, B., C. BRISSON et C. BLANCHETTE (1998). « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 96, p. 371-381.

LEVI, L. (1995). « Work, stress, and health overview and future directions: An international perspective », *Occupational and health administration conference on work, stress, and health*, Washington D. C., American psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 192 p.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. DAVELUY, L. CHÉNARD, M. LEVASSEUR et A. ÉMOND (sous la direction de) (1994). *Et votre coeur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 159 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

SCHNALL, P. L., et autres (1994). « Job strain and cardiovascular disease », *Annual Review of Public Health*, vol. 15, p. 381-411.

STETS, J. E. (1995). « Job autonomy and control over one's spouse: A compensatory process », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 3, p. 244-258.

VÉZINA, M., et S. GINGRAS (1995). *Travail et santé mentale : les groupes à risque*, Rapport de recherche, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, 20 p.

VÉZINA, M., J. DOMPIERRE, N. JAUVIN et J.L. EDME (1999). « Violence physique et intimidation au travail dans les pays de l'Union européenne », *Actes du congrès international de psychodynamique et de psychopathologie du travail*, Paris, CNAM.

Tableau complémentaire

Tableau C.27.1

Répartition de la population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec, 1998

	Pe
	'000
Hommes	
15-24 ans	182
25-44 ans	964
45 ans et plus	593
Total	1 739
Femmes	
15-24 ans	135*
25-44 ans	721
45 ans et plus	365
Total	1 222
Sexes réunis	
15-24 ans	317
25-44 ans	1 685
45 ans et plus	959
Total	2 961

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

