

Article

« La santé des employés de bureau : le cas de la fonction publique québécoise »

Alain Vinet, Clermont Bégin et Gilles Thériault

Relations industrielles / Industrial Relations, vol. 37, n° 4, 1982, p. 887-904.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/029306ar>

DOI: 10.7202/029306ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

La santé des employés de bureau

Le cas de la fonction publique québécoise

Alain Vinet
Clermont Bégin
Gilles Thériault

Résumé des résultats d'une enquête de santé effectuée auprès d'un échantillon de 1 300 employés du gouvernement du Québec. Les données furent recueillies à l'aide d'examen médicaux et de questionnaires concernant les habitudes de vie et de travail des participants. Les résultats indiquent que les troubles psychiques et la consommation excessive de somnifères et de tranquillisants sont des problèmes réels que l'employeur et les syndicats concernés doivent considérer de plus près.

Depuis quelques années, on parle et on écrit beaucoup sur la santé et la sécurité au travail. Les travailleurs et leurs représentants, les employeurs et le gouvernement se soucient davantage des risques que comportent de nombreux emplois pour la santé. La recherche s'est considérablement développée dans ce secteur et est de plus en plus en mesure d'établir des liens entre certaines tâches et certaines lésions particulières. Mais il n'est habituellement question que de santé physique ou de sécurité et la plupart des interventions se limitent aux seuls agents chimiques, physiques ou biologiques susceptibles d'affecter de façon précise un aspect particulier de la santé des travailleurs. Les agresseurs psycho-sociaux dont l'effet sur la santé est plus diffus ne retiennent guère l'attention des partenaires sociaux, au-delà d'un engouement généralisé mais parfois superficiel pour la très célèbre et très populaire notion de stress. Quant à la santé et à la maladie mentale, il n'en est à peu près jamais question.

L'étude dont les résultats sont résumés brièvement dans cet article constituait une première occasion au Québec d'effectuer un véritable bilan de la santé d'un vaste échantillon d'employés de bureau et de comparer les

- VINET, Alain, professeur, Département des relations industrielles, Université Laval.
BÉGIN, Clermont, professeur, Département de management, Université Laval.
THÉRIAULT, Gilles, professeur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.

Université Laval.

résultats obtenus à ceux d'autres populations. Les employés en cause n'étaient pas soumis à des agresseurs chimiques, physiques ou biologiques au travail. Seuls les agresseurs psycho-sociaux, plus difficiles à identifier et à mesurer, étaient susceptibles d'affecter leur santé dans leur milieu de travail.

L'opportunité d'effectuer cette étude fut fournie en 1979 à une équipe de trois professeurs de l'Université Laval par le Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital du St-Sacrement de Québec dans le but d'élaborer des programmes de santé à l'intention des fonctionnaires québécois oeuvrant sur son territoire. Avant d'intervenir, le Département de santé communautaire désirait connaître la prévalence des problèmes de santé chez ces employés, leurs habitudes de vie et leur perception de leur environnement de travail.

En décembre 1979, nous avons présenté au Département de santé communautaire un protocole détaillé de recherche comprenant un inventaire de la littérature pertinente, l'identification des problèmes de santé considérés prioritaires dans le milieu des employés de bureau et une stratégie d'exécution d'une enquête de prévalence auprès des employés de la fonction publique québécoise. Avant d'être financé, ce protocole fut soumis pour évaluation scientifique au Conseil de la recherche en santé du Québec qui l'approuva.

Le protocole fut ensuite soumis aux représentants des parties patronale et syndicale dont la collaboration était essentielle à la tenue de l'enquête. Cette étape occasionna un délai dans l'exécution de l'enquête en raison des consultations nécessaires au sein des différentes instances de chaque partie. La collaboration manifesté subséquentement par les parties démontra hors de tout doute la nécessité d'une telle étape.

L'enquête fut exécutée sur les lieux de travail durant les mois de novembre et de décembre 1980. Les locaux des services de santé du gouvernement furent mis à la disposition des chercheurs et les employés inclus dans l'échantillon furent libérés par l'employeur durant leurs heures de travail. Les résultats de l'étude furent analysés et interprétés au printemps 1981 et le rapport de recherche fut terminé à la fin de la même année¹.

¹ Clermont BÉGIN, Gilles THÉRIAULT, Alain VINET, Chantal BRISSON, Louise DE GUIRE, Suzanne GINGRAS, *Problèmes de santé et facteurs psycho-sociaux chez les travailleurs de la fonction publique québécoise*, Québec, Université Laval, Département des relations industrielles, coll. «Instruments de travail», 1982, 351 p.

MÉTHODOLOGIE

Population et échantillon

À l'origine, la population étudiée devait comprendre tous les employés de la fonction publique de la région administrative 03. Par employé, on entend tous les employés réguliers, à temps complet, qui détiennent un poste dans la fonction publique. Ces employés ont été identifiés par recensement. Ils totalisaient 25 767 personnes.

Puisque la recherche devait porter sur les «aspects psycho-sociaux de la santé des fonctionnaires», il fut décidé d'éliminer de l'étude les agents de la paix et les travailleurs manuels, car ces personnes ont, de par leur fonction, un caractère particulier qui les différencie de l'ensemble des employés de la fonction publique. Ont aussi été retirés de l'étude les employés qui occupaient un emploi particulier autre que fonctionnaire, professionnel ou cadre.

Afin de minimiser les coûts tout en rejoignant la grande masse des employés de la fonction publique, il fut décidé de limiter la population de l'étude aux employés des 16 ministères et organismes gouvernementaux de la région de Québec qui regroupaient plus de 450 personnes. La population ainsi identifiée comprenant 19 187 personnes en septembre 1980. De ce nombre, un échantillon de 1 576 personnes a été prélevé.

Il s'agit d'un échantillon stratifié, proportionnel, sélectionné selon la technique du hasard systématique. Les strates ont été effectuées à partir du ministère, de la catégorie d'emploi (cadre, professionnel, fonctionnaire) et du sexe du répondant. Dans chaque strate, environ 8% de la population a été retenu. Une liste de tous les travailleurs compris dans chaque strate a d'abord été établie. Pour chacune d'elles, un nombre choisi au hasard entre 1 et 13 constituait le premier cas à être inclus dans l'échantillon; ensuite, chaque 13^e cas était sélectionné. La proportion de 8% a été dépassée chez les femmes cadres afin d'obtenir au moins 30 sujets.

De cet échantillon, 1 462 personnes furent effectivement retracées et 52,6% d'entre elles acceptèrent de se soumettre à l'enquête. Pour remplacer les sujets qui avaient refusé de participer ou qui n'avaient pas répondu à notre lettre d'invitation, une nouvelle convocation de 1 310 personnes a été faite. Cette fois, 43,1% d'entre elles acceptèrent de participer.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce taux de refus assez élevé. La première est naturellement reliée au caractère tout à fait volontaire de la participation des fonctionnaires. Il était normal qu'un bon nombre de personnes

ne se présentent pas à une telle étude, d'autant plus qu'elle comprenait des examens médicaux et une prise de sang. De plus l'étude s'est tenue durant les six semaines qui ont précédé le congé de la fête de Noël. Il s'agit d'une période de l'année où les gens sont très actifs: achats des Fêtes, "party" de bureau, voyages, etc. D'ailleurs, les refus ont été particulièrement nombreux durant la semaine du 15 au 19 décembre 1980, ce qui explique le taux de refus plus élevé pour la seconde convocation. Enfin, le laps de temps entre l'acheminement des lettres de convocation et la date de l'examen était très court. Certaines personnes nous ont même avisé qu'elles ont reçu la convocation après la date de l'examen, ce qui a certainement contribué à augmenter le nombre de refus.

Quoi qu'il en soit, le taux de refus ne semble pas avoir introduit de biais systématique dans l'échantillon. En effet, le tableau 1 compare les travailleurs ayant participé à l'étude avec la population totale selon le sexe, l'âge, la catégorie d'emploi et le ministère d'origine. Comme on peut le constater, la population échantillonnée est en tous points représentative de la population totale.

Tableau 1

**Distribution de l'échantillon et de la population totale
par âge, par sexe, par catégorie d'emploi et par ministère**

<i>Sexe</i>	<i>Échantillon</i>		<i>Population active</i>	
Homme	807	61,5%	11 650	60,7%
Femme	499	38,1%	7 537	39,2%
Inconnu	6	0,5%		
Total	1 312	100,0%	19 187	100,0%
<i>Âge</i>	<i>Échantillon</i>		<i>Population active</i>	
- 25	113	8,6%	1 990	9,8%
25 - 29	249	19,0%	4 099	20,1%
30 - 34	245	18,7%	3 763	18,5%
35 - 39	183	13,9%	2 809	13,8%
40 - 44	135	10,3%	1 984	9,8%
45 - 49	128	9,7%	1 765	8,7%
50 - 54	109	8,3%	1 548	7,6%
55 - 59	92	7,0%	1 393	6,8%
60 - 64	51	3,9%	993	4,9%
Inconnu	7	0,6%		
Total	1 312	100,0%	*20 344	100,0%

<i>Catégorie d'emploi</i>	<i>Échantillon</i>		<i>Population totale</i>	
Cadre	168	12,8%	2 030	10,6%
Professionnel	379	28,9%	5 236	27,4%
Fonctionnaire	764	58,3%	11 921	62,0%
Inconnu	1	0,1%		
Total	1 312	100,0%	19 187	100,0%
<i>Ministère</i>	<i>Échantillon</i>		<i>Population active</i>	
Transport	169	12,9%	2 646	13,7%
Travaux publics & approvisionnement	78	5,9%	998	5,2%
Travail & main d'oeuvre	43	3,3%	709	3,7%
Énergie & ressources	103	7,8%	1 449	7,5%
Revenu	148	11,3%	2 117	11,0%
Affaires culturelles	30	2,3%	468	2,4%
Affaires municipales	36	2,6%	425	2,2%
Affaires sociales	132	10,1%	1 778	9,3%
Agriculture	82	6,2%	1 159	6,0%
Loisir-chasse-pêche	46	3,5%	696	3,6%
Communications	67	5,1%	968	5,0%
Finances	66	5,0%	1 008	5,2%
Industrie, commerce, tourisme	51	3,9%	746	3,9%
Éducation	109	8,3%	1 744	9,1%
Justice	94	7,2%	1 582	8,2%
Assemblée nationale	53	4,0%	694	3,6%
Inconnu	5	0,4%		
Total	1 312	100,0%	19 187	100,0%

* Ce nombre inclut les agents de la paix et les enseignants.

Au total, 1 312 personnes se sont présentées aux examens. De ce nombre, onze ont dû être retirées à cause d'absence d'information sur le sexe et l'âge. Ceci établit à 1 301 le nombre total de sujets inclus dans l'étude.

Les problèmes de santé, les agresseurs psycho-sociaux et leurs mesures

Deux stratégies de recherche étaient possibles pour établir la fréquence des problèmes de santé associés aux agresseurs psycho-sociaux chez les employés de la fonction publique. La première consistait à sélectionner les problèmes de santé qui sont rapportés dans la littérature comme étant associés aux agresseurs psycho-sociaux chez les employés de bureau et les employés sédentaires et à étudier les relations qui peuvent exister entre ces problèmes et les contraintes organisationnelles et psychologiques auxquelles sont soumis les fonctionnaires. Il aurait été alors question de préciser les associations étiologiques entre des phénomènes et des causes.

La deuxième stratégie de recherche consistait à établir la fréquence des problèmes de santé dans la fonction publique selon les données démographiques et organisationnelles. Il s'agit alors de la simple description d'une situation permettant d'établir la présence ou non de problèmes de santé dans la fonction publique et l'établissement de priorités d'intervention en fonction de la sévérité du phénomène ou du nombre de personnes touchées. Nous avons privilégié cette seconde stratégie puisqu'elle permettait la définition d'une problématique et assurait l'efficacité d'une intervention. De plus, il apparaissait logique d'établir l'importance d'un problème avant d'en étudier les causes.

Mais qu'entend-on par problèmes de santé? Il est bien évident que des employés de la fonction publique sont porteurs de maladies, de dépressions nerveuses, d'alcoolisme, etc. comme dans toute autre population. Si c'est là un problème de santé au sens strict du mot, ce n'est pas ce que nous appelons «problème». Dans cette étude, le mot «problème» signifie la présence d'un phénomène (maladie, insatisfaction, état dépressif) en excès de ce qu'il devrait être. Cette définition exige que pour l'ensemble des problèmes étudiés il soit possible de comparer les résultats obtenus dans la fonction publique avec les résultats disponibles dans des études faites sur d'autres populations ou publiés dans la littérature.

Les problèmes de santé retenus furent regroupés de la façon suivante: les maladies coronariennes, l'hypertension artérielle, l'obésité, les maladies mentales (dépression, névrose, psychose), la consommation de médicaments, les autres problèmes de santé. Les agresseurs psycho-sociaux furent pour leur part recherchés dans les habitudes de vie des participants et dans l'environnement de travail.

Les problèmes de santé furent détectés à partir d'un examen médical incluant la prise de tension artérielle, des analyses biologiques et, pour les personnes âgées de 40 ans et plus, l'électrocardiogramme. Une histoire médicale de chaque participant fut établie dans laquelle une attention particulière fut accordée à la prise de médicaments, au traitement pour le diabète, l'hypercholestérolémie ou la tension artérielle, et aux antécédents personnels et familiaux.

Les habitudes de vie furent examinées à l'aide d'un questionnaire complété par le répondant avant l'examen médical. Les variables suivantes furent mesurées: le niveau d'activité physique, la consommation d'alcool, de tabac et de médicaments. La santé mentale fut examinée de deux façons: par l'histoire médicale et l'entrevue médicale d'une part et par des échelles de bien-être psychologique incluses dans le questionnaire d'autre part. Enfin l'environnement de travail fut apprécié grâce à des échelles de satisfaction au travail, de climat organisationnel et de caractéristiques de l'emploi.

Le rapport de recherche cité précédemment comprend toutes les informations méthodologiques concernant la mesure de chacune de ces variables. Il serait fastidieux, voire impossible, de traiter ici cette question de façon détaillée. Précisons toutefois que nous avons utilisé des instruments validés et les avons appliqués selon le protocole utilisé dans des études antérieures afin d'assurer la comparabilité des résultats. À titre d'illustration, les infirmières attachées à cette recherche ont été formées pour mesurer la tension artérielle selon le protocole suivi dans l'étude de la fondation Edwards². Autre exemple: les questions concernant les habitudes de vie provenaient de l'enquête Santé Canada³ ce qui assurait une comparaison entre notre population et l'ensemble de la population canadienne pour des groupes d'âge et de sexe équivalents.

Logistique des procédures

Chaque personne échantillonnée a été invitée personnellement, par lettre, à participer à l'étude. Cette lettre indiquait les buts et la démarche de l'étude et sollicitait la participation de la personne sur une base volontaire. Un rendez-vous sur les heures de travail (le salaire et les déplacements étant payés) lui était fixé. Une enveloppe réponse était également fournie afin de remplacer par un substitut les gens qui ne pouvaient se présenter ou ne désiraient pas participer à l'étude.

Du 13 novembre au 19 décembre 1980, sept équipes médicales, comprenant un médecin, une infirmière, une technicienne en électrocardiographie et un coordonnateur, ont travaillé simultanément dans les principaux édifices du gouvernement à Québec.

Le coordonnateur avait pour fonction d'accueillir les sujets et de leur expliquer le déroulement de la recherche. Il devait vérifier l'âge des employés (critères de cholestérolémie et d'électrocardiogramme) et s'assurer que l'employé n'était pas diabétique (pour la glycémie). Il devait par la suite guider le sujet vers les différents points de rencontre pour examen. Il s'assurait que le sujet prenait le Glucodex et surveillait le temps écoulé entre l'ingestion du sucre et la prise de sang. Il centrifugeait les échantillons de sang, les réfrigérait et les acheminait à l'Hôpital du St-Sacrement. Il veillait aussi à l'approvisionnement en matériel de toute sorte. Il s'assurait de plus que les gens qui désiraient recevoir les résultats de leur examen de laboratoire remplissent les formules appropriées.

2 N.M. ROBITAILLE, *et al.*, «Prévalence des facteurs de risque de la maladie coronarienne dans la région de Québec», *Clinical Investigation Medical*, vol. 2, no 1, 1979, pp. 13-16.

3 N.M. ROBITAILLE, *La santé des Canadiens: rapport de l'enquête Santé-Canada*, Ottawa, Ministère des approvisionnements et services Canada, 1981, catalogue 82-538F, 243 p.

La technicienne en électrocardiographie faisait passer un ECG aux personnes de 40 ans et plus.

L'infirmière mesurait le poids, la taille, la tension artérielle, les plis cutanés et effectuait les prises de sang. Elle signait de plus l'attestation de participation à l'enquête que le sujet devait remettre à l'employeur.

À son arrivée, le sujet rencontrait le coordonnateur. Il était par la suite orienté vers l'électrocardiogramme ou vers un endroit pour remplir le questionnaire. Le cas échéant, le Glucodex lui était fourni. Les ponctions veineuses étaient effectuées une heure plus tard alors que l'infirmière complétait les examens. Puis, l'entrevue avec le médecin avait lieu. Les différentes étapes duraient environ une heure et demie, selon l'achalandage et la célérité des participants à répondre au questionnaire.

Les données ont été entrées et traitées sur l'ordinateur de l'Université Laval. L'enregistrement des données fut effectué sur ruban. La préparation des données a nécessité de la programmation PL1. L'analyse statistique a été faite à l'aide des utilitaires SPSS et GLIM⁴. Une analyse descriptive a été effectuée pour la majorité des variables. Le test du chi-carré a été utilisé pour comparer des sous-groupes de la population selon des variables quantitatives ou qualitatives regroupées. Enfin une analyse de régression selon un modèle logistique⁴ a été faite avec des variables dépendantes dichotomiques pour en étudier la relation avec les variables explicatives suivantes: l'âge, le sexe, la catégorie d'emploi et le statut marital.

Contrôle de la qualité et respect de la confidentialité

Plusieurs mesures ont été prises pour assurer le contrôle de la qualité des données publiées dans cette étude. Outre l'utilisation de techniques et d'instruments déjà validés, un pré-test a été effectué auprès de 20 employés de l'Hôpital du St-Sacrement afin de valider la qualité des outils et d'estimer le temps requis pour les examens. L'entrée des données sur ordinateur a été effectuée en double et la correspondance des deux banques a été vérifiée automatiquement. Les corrections ont été faites lorsqu'il n'y avait pas correspondance. Finalement, avant de procéder à l'analyse, toutes les informations apparaissant sur l'imprimante ont fait l'objet d'une vérification par ordinateur. De plus, 200 dossiers ont été révisés manuellement et les informations comparées avec celles apparaissant sur l'imprimante.

Les auteurs de la présente recherche se sont engagés à respecter la confidentialité des données recueillies. Les mesures de respect de la confidentialité

⁴ J.A. NELDER, *GLIM Manual*, (General Lineal Interactive Modelling, Release 2), Oxford, Numerical Algorithms Group, 1975, 62 p.

lité recommandées par le comité de déontologie de l'Université Laval ont été suivies. La feuille d'identification de chaque questionnaire a été séparée et classée dans un endroit à part. Seul le numéro d'identification apparaissait sur le questionnaire. Les résultats des examens de laboratoire ont été conservés dans les dossiers de l'Hôpital du St-Sacrement. Tous les questionnaires ont été détruits.

RÉSULTATS

Les problèmes de santé

Au plan médical, les principaux résultats de l'étude peuvent être résumés de la façon suivante^{4a}:

- il n'y a pas d'excès de maladie cardio-vasculaire chez les employés de la fonction publique du Québec. Les fonctionnaires ne sont pas porteurs de troubles cardiaques à un taux plus élevé que les participants au projet Edwards cité précédemment ou que les participants au Whitehall Study of British Civil Servants⁵.
- il y a moins de travailleurs porteurs d'hypertension artérielle dans la fonction publique qu'il y en a dans la région métropolitaine de Québec⁶.
- la moyenne du cholestérol n'est pas plus élevée chez les travailleurs de la fonction publique que chez les travailleurs d'une étude témoin, l'étude Jones⁷.
- le pourcentage de gros fumeurs dans la fonction publique est plus élevé que pour l'ensemble du Canada dans certains groupes d'âge mais plus faible que chez les gens de la région métropolitaine de Québec.
- il n'y a pas d'excès d'obésité chez les travailleurs de la fonction publique québécoise comparé à une étude témoin concernant les travailleurs américains⁸.

^{4a} Pour chaque problème de santé, les taux de prévalence par âge, sexe, catégorie d'emploi et statut marital sont disponibles dans le rapport de recherche cité précédemment. Il en est de même pour les habitudes de vie et l'environnement de travail ainsi que pour les résultats des études témoins. Faute d'espace, seuls les faits saillants sont présentés ici.

⁵ Geoffroy ROSE, *et al.*, "Myocardial Ischaemia, Risk Factors and Death From Coronary Heart Disease", *The Lancet*, vol. 15, 1977, pp. 105-109.

⁶ N.M. ROBITAILLE, *et al.*, *op. cit.*

⁷ G.J. JONES, *et al.*, "Plasma Lipoprotein Levels and The Prevalence of Hyperlipoproteinemia in a Canadian Working Population", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 122, 1980, pp. 32-46.

⁸ Georges A. BRAY, *The Obese Patient*, Toronto, Saunders, 1976, pp. 1-43.

Ces résultats entraînent une première conclusion: dans une population dont l'emploi est sédentaire, et contrairement aux préjugés couramment véhiculés, le système cardio-vasculaire est en bon état et aucun des facteurs de risque habituellement associés aux maladies coronariennes n'atteint un taux de prévalence supérieur à celui d'études-témoins. Bref le coeur des fonctionnaires est bon. Voilà pour les bonnes nouvelles.

Mais il y en a de moins bonnes et deux problèmes de santé retiennent particulièrement l'attention: le premier concerne le diabète et demeure quelque peu mystérieux; le second touche la santé mentale de la population étudiée et paraît davantage inquiétant.

En ce qui concerne le diabète au sens strict du terme (sont considérés alors comme diabétiques les sujets qui déclarent être diabétiques et prendre une médication ou de l'insuline pour traiter leur diabète), la fonction publique québécoise compte moins de diabétiques que la population en général. Par contre, les tests de tolérance au glucose subis par les participants donnent un tableau fort différent: Si on accepte que les gens porteurs d'une glycémie en excès de 100mg% sur le niveau moyen de glycémie pour l'âge sont des diabétiques (une telle hypothèse est fortement soutenue dans le monde médical) la prévalence des diabétiques dans la fonction publique devient le double de ce qu'elle devrait être parmi ces travailleurs.

De plus, la prévalence des personnes ayant une glycémie au-dessus de 200mg% parmi les travailleurs de la fonction publique (7,6%) est supérieure à celle observée dans d'autres études⁹. Faudrait-il conclure qu'un bon nombre de personnes actuellement au travail dans la fonction publique sont des diabétiques qui s'ignorent? Pour l'instant, nous ne pouvons fournir aucune explication de ce phénomène mais il importe d'entreprendre immédiatement un programme d'éducation et d'information sur l'alimentation à l'intention de ces travailleurs tout en poursuivant des travaux précis sur les raisons de cet excès d'intolérance au glucose. Des comparaisons devraient notamment être effectuées entre des travailleurs manuels (cols bleus) susceptibles de dépenser davantage de calories au travail et des employés de bureau de diverses entreprises afin de déterminer s'il s'agit d'un événement localisé dans une sous-population donnée ou d'un problème susceptible d'affecter de larges segments de la population québécoise.

Au chapitre de la santé mentale deux indicateurs ont révélé des résultats particulièrement significatifs. Tout d'abord une échelle standardisée de bien-être psychologique, dite échelle ABS ou *Affect Balance Scale* de Brad-

⁹ U.S. DHEW, PMS, National Center for Health Statistics: Glucose Tolerance of Adults: United States, 1960-1962. Vitan Health Statistics, Ser. 11, No. 2, DHEN Publication No. (HMS) 73-1077, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, May 1964.

burn¹⁰, couramment utilisée aux États-Unis et reprise par l'enquête Santé-Canada, a été appliquée aux employés de la fonction publique dans les termes exacts de la version française validée par Santé-Canada. Le tableau 2 indique la distribution des travailleurs de la fonction publique selon l'indice de bien-être psychologique (ABS) par âge et par sexe.

Les différences entre les résultats de notre étude et ceux de l'enquête Santé-Canada sont statistiquement significatives à $p = 0,05$ pour le groupe des hommes et femmes de 25 à 44 ans et pour les hommes de 45 à 64 ans. Pour les hommes de 25 à 44 ans, la fonction publique compte 7,3% de personnes ayant un indice négatif de bien-être psychologique contre 3,7% à Santé-Canada. Pour les femmes du même âge, la fonction publique compte 9,3% d'individus ayant un indice négatif contre 4,6% à Santé-Canada. Pour les hommes de 45 à 64 ans, la fonction publique compte 6,0% de personnes à l'indice négatif contre 2,9% à Santé-Canada.

Bref l'indice négatif de bien-être psychologique (ABS) se retrouve en excès chez les travailleurs de la fonction publique s'ils sont comparés avec la population canadienne.

Par ailleurs, les histoires médicales et les entrevues médicales ont permis de diagnostiquer des troubles psychiques chez 18,9% des répondants. Le tableau 3 indique la prévalence des différents troubles psychiques par sexe. Les troubles les plus fréquents sont les troubles dépressifs mineurs avec un taux de 8,3% chez les hommes et 9,7% chez les femmes. Viennent ensuite les maladies psychiatriques avec un taux de 6,7% chez l'homme et de 3,8% chez la femme. De façon générale le risque de troubles psychiatriques ne varie pas selon le sexe. Il est plus élevé chez les personnes de 35 ans et plus. Les personnes seules ont un risque supérieur aux gens mariés et les professionnels ont un risque relatif inférieur aux fonctionnaires et aux cadres.

Malheureusement nous ne disposons d'aucune base de comparaison pour évaluer la portée de ce dernier résultat. À notre connaissance aucune étude antérieure a exploré à l'aide d'une entrevue médicale la prévalence de troubles psychiques auprès d'un vaste échantillon de personnes. A priori le taux global de 18,9% semble élevé. Cependant seules des études ultérieures pourront indiquer dans quelle mesure les travailleurs de la fonction publique sont davantage affectés que d'autres populations.

¹⁰ N.M. BRADBURN, *The Structure of Psychological Well-Being*, Chicago, Aldine Publishing Co., 1969.

Tableau 3

Prévalence des troubles psychiques chez les travailleurs étudiés par sexe

<i>Troubles psychiques</i>	<i>Homme</i>		<i>Femme</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Maladies psychiatriques	54	6,7	19	3,8	73	5,6
Somatisation	7	0,9	3	0,6	10	0,8
Troubles dépressifs mineurs	67	8,3	48	9,7	115	8,8
Insomnie	24	3,0	21	4,2	45	3,5
Fatigue	8	1,0	10	2,0	18	1,4
Nervosité	6	0,8	0	0,0	6	0,5
Total (nombre de personnes ayant au moins 1 trouble psychique)	152	18,9	94	19,0	246	18,9

Les habitudes de vie

L'excès éventuel de troubles psychiques chez les travailleurs de la fonction publique est par ailleurs confirmé par un indicateur considéré comme un élément des habitudes de vie: la consommation de médicaments. Nous avons récolté des informations sur tous les types de médicaments consommés par les employés de la fonction publique. Le tableau 4 compare ces employés à la population canadienne en général. Plusieurs commentaires peuvent être faits sur les différences observées entre les deux groupes. Nous nous limiterons ici uniquement aux médicaments propres au système nerveux central, i.e. aux somnifères et tranquillisants.

La consommation de somnifères et de tranquillisants est plus élevée chez les travailleurs de la fonction publique québécoise que dans la population canadienne. La différence est particulièrement marquée chez les hommes: 8,3% des employés de la fonction publique québécoise ont consommé des somnifères et des tranquillisants durant les deux jours précédant leur participation à l'étude contre 3,4% des hommes ayant participé à l'enquête Santé-Canada.

La consommation d'alcool figurait également parmi les habitudes de vie examinées dans cette étude. Plus de personnes consomment régulièrement de l'alcool (1 fois par mois ou plus) dans la fonction publique que dans la population canadienne. Par contre, la proportion de gros buveurs (14 consommations et plus par semaine) est moins élevée dans la fonction publique. Aucun excès significatif ne fut observé quant au volume hebdomadaire et à la fréquence de la consommation d'alcool chez les fonctionnaires.

Tableau 4
Prise de médicaments durant les deux derniers jours (%)
(Comparaison fonction publique — Santé-Canada)

	<i>Fonction publique</i>		<i>Santé-Canada</i>	
	<i>H</i>	<i>F</i>	<i>H</i>	<i>F</i>
Prise d'un médicament ou plus	41,5	52,2	39,9	59,1
Somnifères et tranquillisants	8,3**	9,3	3,4	7,6
Analgésiques	8,6	10,9	11,5**	20,0**
Remède contre toux et rhume	8,7*	9,5**	4,1	5,6
Anti-allergiques	3,9	2,8	—	—
Laxatifs et remèdes pour foie	7,6**	14,5**	4,8	8,1
Vitamines et toniques	12,7	19,8	15,5*	24,7*
Antibiotiques	1,2	2,0	2,1	3,2
Coeur et tension artérielle	5,5	5,2	5,4	7,3
Hormones	0,4	4,2	—	6,2
Annovulants	—	22,0	—	15,7
Marijuana	2,2	1,0	—	—
Autres	5,2	8,3	5,0	10,6
Nombre de personnes	805	496	6 510	6 629

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Le niveau d'activité physique des employés de la fonction publique a également été évalué. Les résultats indiquent que les hommes travaillant dans la fonction publique sont physiquement beaucoup plus actifs (dans leurs loisirs) que l'ensemble des canadiens. Chez les femmes, les proportions de sédentaires et de personnes actives sont sensiblement les mêmes dans les deux populations.

Enfin, nous avons mentionné précédemment que la proportion de gros fumeurs (23 cigarettes et plus par jour) est plus élevée dans la fonction publique que dans la population canadienne mais plus faible que dans la région métropolitaine de Québec. Ajoutons ici que le nombre de fumeurs quotidiens est beaucoup moins élevé dans la fonction publique que dans la population canadienne. Ainsi chez les personnes âgées de 25 à 44 ans qui constituent une partie importante des effectifs de la fonction publique, 35,5% des hommes et 32,6% des femmes fument quotidiennement contre 46,7% des canadiens et 38,9% des canadiennes.

La satisfaction au travail

Enfin, en ce qui concerne l'environnement de travail, le taux de satisfaction globale des employés de la fonction publique est comparable à celui d'autres populations étudiées au Canada et dans d'autres pays industrialisés (Tableau 5). Les fonctionnaires sont à ce sujet moins satisfaits que les professionnels et les cadres. Les possibilités de promotion constituent le facteur d'insatisfaction le plus élevé (44,4%) suivi de la qualité du management (20,4%) tandis que les facteurs intrinsèques du travail tel l'autonomie, la variété, etc. suscitent moins d'insatisfaction.

Tableau 5

Résultats d'enquêtes nationales sur la satisfaction au travail

	<i>% exprimant une satisfaction</i>	<i>% très insatisfait</i>	<i>Taille de l'échantillon</i>
Australie	83,0	2,0	2,000
Belgique	86,0	1,0	2,180
Canada (1973)	88,0	2,0	929
(1974)	82,0	2,0	1,978
Grande-Bretagne (1971)	88,9	2,0	14,556
(1972)	86,2	2,3	13,738
(1973)	86,0	2,0	14,041
États-Unis (1969)	85,4	3,2	1,529
(1973)	89,9	2,3	2,153
Québec (1979)	88,0	2,0	2,265
(1981)	86,0	2,0	1,301

DISCUSSION

Cette étude révèle dans l'ensemble une population en bonne santé physique, qui a des habitudes de vie généralement saines ou du moins comparables à celles d'autres populations et qui est relativement satisfaite de son travail. Contrairement aux préjugés couramment véhiculés sur les employés sédentaires, cette population est physiquement active et ne présente pas de façon excessive les facteurs de risques habituellement associés à la maladie coronarienne. L'histoire médicale et les électrocardiogrammes confirment d'ailleurs que dans cette population le système cardio-vasculaire est généralement en bon état.

Exception faite d'un excès d'intolérance au glucose dont les origines et la portée pratique demeurent difficiles à apprécier, c'est au niveau du système nerveux que les travailleurs de la fonction publique présentent des problèmes de santé particuliers: indice négatif de bien-être psychologique plus élevé que dans la population canadienne, proportion a priori élevée (18,9%) de participants présentant des troubles psychiques identifiés par les médecins examinateurs, consommation excessive de somnifères et de tranquillisants. Ces résultats sont évidemment trop cohérents pour être attribués au hasard. Mais alors, pourquoi cette population présente-t-elle ces particularités? Quelles sont les raisons qui expliquent cette prévalence plus grande de problèmes psychiques? Et surtout, est-il possible d'établir un lien entre ce phénomène et le milieu de travail? Est-il possible d'associer ce problème à des aspects particuliers des tâches accomplies, au statut plus général d'employé de l'État ou plus généralement encore aux emplois de bureau, quel que soit l'employeur? Voilà autant de questions auxquelles il faudra répondre par des recherches ultérieures.

La présente étude ne permet pas d'établir des relations de causalité entre les variables. Il s'agit en effet d'une étude descriptive portant sur des aspects variés de la santé afin d'identifier précisément ceux qui font problème. Voilà qui est fait et qui rend désormais possible la préparation de recherches causales. On comprendra aisément que le processus de contrôle des variables nécessaire à toute recherche causale ne sera pas le même pour les maladies cardio-vasculaires que pour les maladies du système nerveux. Il importait donc de connaître la nature des problèmes avant d'émettre des hypothèses sur leurs causes.

Cependant, le protocole utilisé dans cette étude n'interdit pas de tenter d'associer des variables. Aussi, avons-nous tenté en raison de la consommation excessive de somnifères et de tranquillisants chez les travailleurs de la fonction publique, de comparer, sur diverses variables, le profil des consommateurs et celui des non-consommateurs de ces médicaments dans la population étudiée. Cette analyse a donné les résultats suivants.

La répartition selon le sexe des travailleurs qui prennent des somnifères ou des tranquillisants est la même que chez les travailleurs qui n'en prennent pas.

Il y a une différence de distribution d'âge entre les travailleurs qui utilisent des somnifères ou des tranquillisants et ceux qui n'en utilisent pas. Ceux qui prennent ces médicaments se retrouvent davantage dans les groupes d'âges plus élevés.

Les utilisateurs de somnifères ou de tranquillisants ont la même répartition par catégorie d'emploi que ceux qui n'en prennent pas.

Dans tous les groupes d'âge ceux qui utilisent des somnifères ou des tranquillisants ont un pourcentage significativement plus élevé de troubles psychiques que ceux qui n'utilisent pas ces médicaments.

Par contre, les utilisateurs de somnifères ou de tranquillisants ne se différencient pas des non-utilisateurs sur les variables suivantes: le niveau d'activité physique, la quantité hebdomadaire de consommation d'alcool, la satisfaction à l'égard du management, la satisfaction à l'égard des possibilités de promotion, la perception de la variété dans le travail, la perception de l'identité du travail et la satisfaction globale par rapport au travail.

En résumé, les personnes qui prennent des somnifères ou des tranquillisants ont un taux plus élevé de troubles psychiques. Toutefois, il n'y a pas d'association entre la consommation de somnifères et de tranquillisants et la satisfaction au travail chez les employés de la fonction publique.

CONCLUSION

La recherche sur les problèmes de santé des employés de bureau est encore à l'état embryonnaire et la tentation peut être forte de tirer des conclusions hâtives ou audacieuses sur la foi de résultats fragmentaires ou de données obtenues sans un contrôle approprié des variables. Nous avons tenté d'éviter ce piège en exécutant de la manière la plus rigoureuse possible une étude de prévalence prévoyant la comparaison des informations obtenues avec celles d'études témoins. Ce type de protocole ne peut habituellement pas répondre entièrement aux attentes de tous les intervenants désireux d'interpréter les résultats, d'établir les causes des problèmes et d'apporter les correctifs appropriés dans les plus brefs délais. Il offre par contre des résultats valides et sûrs sur lesquels il est désormais possible d'asseoir des programmes de santé à moyen et à long terme.

Aussi, avons-nous recommandé au Département de santé communautaire de considérer la santé mentale comme un volet prioritaire dans ses interventions auprès des travailleurs de la fonction publique et de sensibiliser les instances patronales et syndicales concernées à ce problème important. De la même manière les résultats de cette étude permettent d'insister auprès des intervenants sociaux pour le développement de la recherche en ce domaine. À ce sujet, le fait que la consommation de somnifères et de tranquillisants ne soit pas associée à l'insatisfaction au travail ne permet pas d'écarter tout lien entre la santé mentale et le travail. Le fait demeure que l'individu moyen passe environ la moitié de sa vie éveillée au travail. Des caractéristiques du milieu de travail qu'une première étude de prévalence ne

pouvait considérer doivent désormais être examinées et mesurées de façon précise: la charge de travail, les lieux et l'environnement physique de travail, la densité de la population dans l'espace disponible ne sont que quelques exemples des facteurs en jeu. Des variables dites «hors travail» doivent être contrôlées également: problèmes conjugaux, familiaux, financiers, etc.

Le processus de recherche sera sans doute long et ardu car les instruments de mesure n'ont pas toujours la précision voulue dans ce domaine. Tout au moins avons-nous une certitude raisonnable sur le genre de problèmes que présente la population examinée et sur la nécessité de poursuivre les efforts de recherche et d'intervention sur cette dimension trop souvent négligée de la santé au travail qu'est la santé mentale.

Health of Office Workers in the Québec Civil Service: An Empirical Study

This is the first study of its kind in Québec to present a veritable overview of health, based on a vast sample of office employees and compared with results obtained from other groups. The employees concerned were normally not exposed to chemical, physical or biological dangers at works. They were, nevertheless, subject to psycho-social dangers which are, of course, more difficult to determine.

Health problems among these employees were detected as a result of a medical examination including: blood pressure tests, biological analyses and, for those 40 and over, electrocardiograms. The medical history of each participant was established in which particular attention was devoted to the taking of medication, treatment for diabetes, hypercholesterolemia or arterial tension, as well as previous personal and family characteristics.

Life habits were examined through replies to a questionnaire filled in by each participant before his medical examination. The following variables were tested: level of physical activity; consumption of alcohol, tobacco and medication. Mental health was examined in two ways: medical history and medical interview on the one hand, and a scale of psychological health included in the questionnaire on the other. Finally, work environment was examined with reference to scales of works satisfaction, organizational climate, and job characteristics.

More than 1 300 Québec Government civil servants participated in this inquiry and undertook the required medical examination. Results include: contrary to pre-conceived notions about sedentary employees, the cardio-vascular system of civil servants is in good condition. The same cannot be said for the nervous system, where the main problems detected are psychic disorders and excessive consumption of soporifics and tranquilizers. The article describes these results in detail.