

Article

« La santé mentale des cols blancs et l'environnement psychosocial du travail »

Renée Bourbonnais et Michel Vézina

Santé mentale au Québec, vol. 20, n° 2, 1995, p. 163-184.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032358ar>

DOI: 10.7202/032358ar

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 mentale des cols blancs et l'environnement psychosocial du travail

Renée Bourbonnais*
Michel Vézina**

Au Québec, comme dans plusieurs pays occidentaux, les problèmes de santé mentale représentent l'une des principales causes de morbidité de la population et d'absence du travail pour de longues périodes. Une partie des problèmes de santé mentale au travail résulterait de l'effet combiné d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle dans le travail. Au cours d'une étude longitudinale d'un an chez des cols blancs de la région de Québec, aucune association significative entre l'absence pour maladie et la tension au travail n'a été démontrée. Toutefois, certains sous-groupes plus à risque d'absence ont été identifiés parmi les cols blancs soumis dans leur travail à une combinaison de demande élevée et de latitude faible.

Au Québec, comme dans plusieurs pays occidentaux, les problèmes de santé mentale représentent l'une des principales causes de morbidité de la population. Diverses enquêtes de santé indiquent une prévalence annuelle de troubles mentaux qui varie de 15 à 25 % de la population (Santé Canada, 1981; Santé Québec, 1988; Vézina et al., 1992). De plus, cette morbidité liée aux problèmes de santé mentale a augmenté au cours des dernières années. Lorsqu'on compare les données de l'enquête Santé Canada de 1977 avec celles de l'enquête Santé Québec de 1987, on constate une augmentation de l'ordre du double des problèmes déclarés par un échantillon représentatif de la population

* Renée Bourbonnais est épidémiologiste, et professeure à l'Université Laval.

** Michel Vézina est médecin, professeur à l'Université Laval et directeur de la santé publique à la Régie régionale de Québec.

Cette étude a été rendue possible grâce à des subventions du Conseil québécois de la recherche sociale et du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche.

Remerciements

Plusieurs personnes ont apporté leur contribution à différentes étapes de réalisation de cette étude, et nous tenons à les en remercier. Il s'agit de Pierre Auger, Lise Bélanger, Monique Comeau, Suzanne Gingras, Dany Laverdière, Robert Plante, Louis Rochette et Lucie Tremblay.

québécoise (Santé Canada, 1981; Santé Québec, 1988). De même, lorsqu'on compare les données de l'enquête Santé Québec de 1987 avec celles de 1992, on remarque une augmentation de l'ordre de 25 % du nombre de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique (Santé Québec, 1994a).

L'origine de ces problèmes de santé mentale demeure difficile à démontrer par la recherche à cause de l'ensemble des facteurs susceptibles de les influencer. Le travail est toutefois considéré comme un des facteurs importants responsables de cette morbidité accrue (Vézina et al., 1992). Certains auteurs avancent que plus du tiers des problèmes de santé mentale pourrait être attribuable au milieu de travail (Karasek et Theorell, 1990). L'identification de certains emplois ou de certains secteurs d'activité économique où les individus seraient plus à risque de développer de tels problèmes constitue un indice qui permet d'impliquer le travail dans cette nouvelle épidémie (Vézina et Gingras, 1995).

Karasek a développé un modèle de la tension au travail dont la principale hypothèse est qu'une partie des problèmes de santé mentale au travail serait causée par certaines contraintes de l'organisation du travail. (Karasek et Theorell, 1990). Selon ce modèle, la tension au travail résulterait de l'effet combiné d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle dans le travail. La demande psychologique au travail concerne la charge de travail, la quantité et la complexité du travail ainsi que les contraintes de temps. La latitude décisionnelle recouvre deux réalités: l'une concerne l'autonomie de compétence, c'est-à-dire la capacité d'utiliser ses habiletés et ses qualifications et d'en développer de nouvelles; l'autre se rattache au pouvoir décisionnel, c'est-à-dire à la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent (Karasek et Theorell, 1990). Une seconde hypothèse fait référence au fait que le soutien social au travail, sous forme d'aide et de reconnaissance de la part des collègues et des superviseurs, pourrait diminuer la tension au travail. Ainsi, le soutien social au travail aurait un effet modifiant sur l'association entre la tension au travail et un problème de santé mentale (Johnson et al., 1989; Karasek et Theorell, 1990).

La tension au travail entraînerait diverses pathologies dont des problèmes cardio-vasculaires et de santé mentale qui peuvent avoir des conséquences importantes sur la capacité de travail des individus. Les problèmes de santé mentale représentent en effet l'une des principales causes d'absence du travail pour de longues périodes (Stansfeld et al., 1995; Vézina et al., 1992). L'enquête Santé-Québec de 1987 montre que le nombre de jours d'absence du travail pour cette raison est de près de six millions par année, ce qui représente environ 30 % de l'ensemble des raisons d'absence du travail (Vézina et al., 1992).

Le modèle de la tension au travail de Karasek prédit les absences pour maladie. La fréquence des absences pour maladie toutes durées a été associée, dans un échantillon représentatif des travailleurs suédois, à une demande psychologique élevée et à une faible latitude décisionnelle (Karasek, 1979). Ce type d'absence serait une stratégie d'adaptation face à des conditions de travail stressantes. Les résultats d'une étude scandinave appuient le modèle de Karasek. Les travailleurs d'abattoirs soumis à une demande psychologique élevée et à une faible latitude décisionnelle ont significativement eu plus d'absences pour maladie que les individus qui n'étaient pas soumis à ces contraintes (Kristensen, 1991). Au cours d'une étude effectuée auprès de 115 employés de manufacture, des chercheurs ont démontré une corrélation entre les absences pour maladie toutes durées et la tension au travail telle que définie par Karasek (Dwyer et Ganster, 1991).

Cependant, les résultats obtenus dans d'autres recherches ne permettent pas de statuer de façon définitive sur le lien entre les contraintes liées au milieu du travail et les absences pour maladie. Au cours d'une recherche sur un changement dans certaines caractéristiques du travail chez des étudiantes infirmières, on a étudié, au cours de deux périodes comparées de trois mois, les absences pour maladie de courte durée, de un à trois jours. Mais on n'a pas mis en évidence une association entre l'absence pour maladie et un changement au niveau de la latitude décisionnelle, de la demande psychologique ou du soutien social au travail (Parkes, 1982). Une étude effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 5865 travailleuses et travailleurs scandinaves a révélé que l'absence du travail pour maladie toutes durées, au cours d'une période de trois mois précédant l'enquête n'est pas associée à la demande psychologique telle que mesurée par la vitesse exigée dans le travail, mais plutôt à la latitude décisionnelle (Houtman et al., 1994).

Nous avons réalisé une étude sur l'organisation du travail des infirmières de la région de Québec et les absences pour maladie certifiées et indemnisées. Les variables d'exposition considérées étaient indicatrices de la charge de travail des infirmières, donc de la demande psychologique. Il s'agissait de l'unité de soins, de la durée de séjour moyen des patients dans l'unité, et du ratio infirmière/patient. Les résultats ont montré que les indicateurs de charge de travail sont associés à l'ensemble des absences pour maladie certifiées et indemnisées et, de façon plus importante, aux absences pour un diagnostic de trouble psychologique (Bourbonnais et al., 1992b). Toutefois, cette recherche ne prenait pas en compte la dimension de la latitude décisionnelle au travail.

Problématique et pertinence

Dans un environnement en mouvance, diverses pressions sociales, économiques et technologiques amènent les employeurs à mettre davantage l'accent sur la performance de leurs employés (Carayon, 1993). Chez les cols blancs, l'introduction de nouvelles technologies, en particulier la bureautique, a souvent été accompagnée d'une rationalisation du travail entraînant une diminution de la latitude décisionnelle et une augmentation de la demande psychologique et du stress au travail (Billette et Bouchard, 1993; Briner et Hockey, 1988). L'exposition aux contraintes de l'organisation du travail visées par le modèle de Karasek s'avère donc présente chez les cols blancs. Au cours d'une étude épidémiologique réalisée en 1980 dans la fonction publique québécoise, 19 % des sujets ont déclaré avoir un problème de santé mentale: maladies psychiatriques, somatisation, troubles dépressifs mineurs, insomnie, fatigue, nervosité. Le niveau de bien-être psychologique était plus faible chez ces sujets et ils consommaient davantage de somnifères ou de tranquillisants que la population canadienne (Bégin et al., 1981; Vinet et al., 1982). En outre, l'enquête Santé Québec de 1987 a identifié le personnel administratif et de bureautique, notamment du secteur de l'administration publique et des assurances, parmi les professions plus à risque de détresse psychologique (Vézina et Gingras, 1995).

Notre étude a donc visé à déterminer si les cols blancs soumis à la fois à une demande psychologique élevée et à une faible latitude décisionnelle s'absentent davantage de leur travail pour un problème de santé mentale que ceux qui ne sont pas soumis à ces contraintes. Elle a également visé à vérifier si le soutien social au travail modifie l'association entre la tension au travail et l'absence pour maladie. Cette étude s'inscrit dans un projet plus vaste portant également sur la relation entre la tension au travail, la détresse psychologique et la consommation de médicaments, dont les résultats ont fait l'objet d'autres publications (Bourbonnais et al., [soumis]; Bourbonnais et al., 1995a, 1995b).

Méthodologie

Devis et population

Il s'agit d'une étude longitudinale sur l'association entre les contraintes du travail et la survenue des absences pour maladie sur une période d'un an. La population visée était celle des cols blancs travaillant dans des organismes gouvernementaux des secteurs public et parapublic de la région de Québec. Les participants ont été recrutés sur une base volontaire parmi 4467 sujets admissibles.

Variables et instruments de mesure

Les variables indépendantes liées à l'organisation du travail sont la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail. Un questionnaire auto-administré, pré-testé et validé a permis de mesurer ces trois caractéristiques de l'organisation du travail. Il s'agit du *Job Content Questionnaire* (JCQ), (Karasek, 1985), un instrument amélioré de 26 items recommandé par Karasek. La validité du JCQ est bien documentée dans des études américaines nationales touchant la population générale (Karasek et Theorell, 1990). La version française de 18 items mesurant la demande psychologique et la latitude décisionnelle a été validée auprès d'une population de 8263 cols blancs de la ville de Québec (Dion et al., [en préparation]). Les résultats appuient les qualités psychométriques de la traduction, soit la consistance interne, la stabilité temporelle à un an d'intervalle, la validité factorielle et le pouvoir discriminant. La césure spécifiant à quel niveau la demande psychologique est considérée élevée est déterminée par la médiane de la distribution des scores chez les travailleurs qui ont fait partie de l'enquête nationale sur la santé cardiovasculaire et la nutrition, effectuée en 1990 par Santé Québec (Santé Québec, 1994b). Le score du soutien social au travail est également dichotomisé selon la médiane, mais cette fois à partir de la distribution de l'échantillon de la présente étude plutôt que d'un échantillon provincial.

Les données d'absence pour maladie ont été obtenues des organismes participant à l'étude. Une première mesure d'absence comprend l'ensemble des absences pour maladie quelle que soit la durée. Les études répertoriées qui ont mesuré l'association entre la tension au travail et l'absence pour maladie ont utilisé cette mesure (Dwyer et Ganster, 1991; Karasek, 1979; Kristensen, 1991; Parkes, 1982). Une deuxième mesure désigne l'ensemble des absences pour maladie nécessitant un certificat médical, quel que soit le diagnostic. L'absence pour maladie certifiée et indemnisée est considérée comme un indicateur valable de morbidité non spécifique, en relation avec certaines contraintes du travail (Bourbonnais et Vinet, 1989; Bourbonnais et al., 1992a; Bourbonnais et al., 1992b). Il s'agit d'une mesure indépendante et plus objective que la déclaration de symptômes psychologiques (Karasek, 1979). Enfin, une troisième mesure désigne les absences pour maladie certifiées pour un problème de santé mentale susceptible d'être associé à l'organisation du travail. Les diagnostics des absences certifiées ont été classifiés de façon indépendante par trois médecins du travail. La première classe de diagnostics regroupe les problèmes de santé mentale potentiellement liés à l'organisation du travail. La

deuxième rassemble les problèmes somatiques pouvant avoir une cause psychosociale, dont l'organisation du travail: problèmes cardio-vasculaires ou digestifs, problèmes musculo-squelettiques, problèmes respiratoires ou infectieux, et certains problèmes reliés à la grossesse. Enfin, la troisième classe inclut les autres problèmes de santé non liés à l'organisation du travail, tels une chirurgie, une fracture ou un accident.

Parmi les facteurs extra-professionnels qui peuvent affecter la santé mentale, soulignons d'abord la survenue d'événements stressants hors travail (Dompierre, 1989). Puis, la charge familiale peut venir s'ajouter à la charge de travail (Barnett et al., 1991; Skipper et al., 1990; Tierney et al., 1990). Enfin, le soutien social comme mécanisme protecteur existe également et de façon importante en dehors du travail, à travers la famille et les amis (Vézina et al., 1992). Il s'avère important de contrôler ces facteurs d'exposition extra-professionnelle afin de montrer l'effet indépendant de l'organisation du travail sur la santé mentale.

Les événements stressants récents ont été mesurés au moyen d'une échelle de sept items utilisée dans l'enquête Santé Québec (Levasseur, 1987). Cette échelle dresse la liste de certains événements jugés bouleversants, survenus au cours des 12 derniers mois: un déménagement, une perte d'emploi, une séparation ou un divorce, une maladie grave (personnelle ou chez un membre de la famille) ainsi que le décès d'un conjoint ou d'une personne chère. La charge familiale a, pour sa part, été évaluée par 13 questions qui proviennent d'un instrument plus volumineux développé par le National Institute of Child Health and Human Development (1988). Les questions évaluent le partage des responsabilités familiales et des tâches ménagères. Cet indice calcule le fardeau, sur la base du nombre de personnes vivant dans la maison et de leur degré respectif d'autonomie, et l'asymétrie dans l'accomplissement des tâches. Enfin, le soutien social hors travail, également nommé satisfaction face à la vie sociale, a été évalué à partir de six questions qui mesurent la nature du réseau social et la satisfaction qu'il génère. Un indice de satisfaction par rapport à la vie sociale a été construit en conformité avec les recommandations de Santé Québec (Santé Québec, 1994b).

La collecte de données

Cette étude fait partie d'une autre étude en cours sur l'association entre une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle et la prévalence des cardiopathies ischémiques (MCV). L'étude MCV comprenait un questionnaire autoadministré sur

les données nécessaires au calcul des indices de demande psychologique et de latitude décisionnelle ainsi que les informations sur les autres facteurs susceptibles de contribuer au développement des MCV ou de problèmes de santé mentale. Ce dernier a été rempli par tous les participants à l'étude durant les heures et sur les lieux de travail, dans des locaux aménagés à cette fin, du printemps 1992 au printemps 1993.

Avec le consentement écrit des sujets, les données d'absence pour maladie ont été obtenues pour la période d'un an après l'administration du questionnaire, du printemps 1992 au printemps 1994. Les codes octroyés aux absences ainsi que les dates de début et de fin ont été obtenus sur ruban magnétique du Système administratif de gestion des informations sur le personnel (SAGIP), organisme qui gère les données d'absence de tous les ministères du Gouvernement du Québec. À partir des codes d'absence, les événements d'absence pour maladie ont été sélectionnés pour les analyses. Le fichier du SAGIP ne comprend toutefois pas le diagnostic qui est consigné sur le certificat médical exigé par l'employeur lorsque l'absence dépasse trois jours (quatre dans un des ministères). Aussi, le diagnostic a été recueilli par une assistante de recherche, dans les dossiers médicaux conservés dans chacun des ministères.

Traitement des données

L'analyse a porté sur l'ensemble des absences pour maladie quelle que soit la durée, sur les absences pour maladie certifiées quel que soit le diagnostic, et sur les absences certifiées avec un diagnostic de santé mentale susceptible d'être associé à l'organisation du travail. Un rapport de cotes (RC) avec un intervalle de confiance (IC) à 95 % a permis de mesurer l'association entre la tension au travail et la survenue d'un événement d'absence pendant la période de l'étude (Rothman, 1987). L'effet potentiellement modifiant ou confondant de chacun des cofacteurs a été évalué par analyse stratifiée (Rothman, 1987). L'exploitation de la banque de données a été réalisée à l'aide du logiciel SAS (Statistical Analysis System).

Résultats

Au total, 2889 des 4467 sujets admissibles, soit 1491 hommes et 1398 femmes, ont participé à l'étude en répondant au questionnaire. Même si les participants ne représentent que 65 % des sujets admissibles, ce sont 89 % des répondants à l'enquête principale sur les MCV. Les participants à l'étude ont été comparés à l'ensemble des sujets

admissibles. La distribution selon le sexe et l'âge n'est pas significativement différente dans les deux groupes.

Parmi les 2889 sujets de l'étude, les hommes étaient représentés dans une proportion légèrement supérieure aux femmes (52 %). Près de 45 % des répondants avaient entre 35 et 44 ans, suivis par les personnes de 45-54 ans (25 %) et de 15-34 ans (23 %). Le niveau de scolarité était relativement élevé puisque près de la moitié des personnes ont déclaré avoir une formation universitaire (48 %) alors que 25 % avaient une formation collégiale et 28 % une formation primaire ou secondaire. Près de trois répondants sur quatre (73 %) déclaraient un revenu familial annuel supérieur ou égal à 40 000 \$. Les sujets avaient un statut d'emploi permanent dans 86 % des cas. Parmi les catégories d'emploi, les professionnels (35 %) et le personnel de bureau (33 %) ont été les plus nombreux.

Parmi 2889 participants qui ont répondu au questionnaire, 2817 ont reçu un formulaire de consentement à l'étude des absences et 2598 l'ont signé, soit un taux global de participation de 92 %. De ce nombre, seulement 2131 sujets ont pu être étudiés, car le responsable du SAGIP n'a pu retracer l'information pour 467 individus, soit qu'ils avaient changé de ministère, soit que les femmes avaient été enregistrées sous leur nom de femmes mariées dans un fichier et de filles dans l'autre, soit pour d'autres raisons restées inconnues. La distribution de fréquence de chacune des variables chez les sujets qui ont donné leur consentement à l'étude de leurs événements d'absence a été comparée à la distribution de ces variables chez ceux qui ont rempli le questionnaire sur l'environnement de travail. La comparaison n'a révélé aucune différence significative entre les deux groupes.

L'analyse a montré que 920 sujets sur 2131 (43 %) se sont absentés pour maladie pendant la période de l'étude. La durée totale de l'absence était de 0,5 jours (3 %) à plus de 100 jours ouvrables (2 %) avec une durée moyenne de 15 jours ouvrables. De plus, 292 sujets (14 %) ont eu au moins un événement d'absence certifiée pendant la période de suivi. Enfin, parmi ces derniers, 53 sujets (18 %) ont eu au moins un événement d'absence certifiée pour un problème de santé mentale, ce qui représente 2,5 % des participants à l'étude des absences.

Les résultats ne montrent aucune association significative entre l'absence pour maladie toutes durées, l'absence certifiée tous diagnostics ou l'absence certifiée pour un problème de santé mentale et la tension au travail et ce, quel que soit le niveau de tension au travail considéré dans l'analyse (Tableau 1). Le soutien social au travail n'est

Tableau 1
Fréquence et mesure d'association brute entre la tension au travail, le soutien social au travail et les absences pour maladie

Variables	Présents	Absents	Rapport de cotes (intervalle de confiance à 95 %)
ABSENCES TOUTES DURÉES			
Tension au travail ¹			
DP-LD+	165	126	1,00 ⁽²⁾
DP+LD-	251	176	0,92 (0,68 – 1,24)
DP+LD+	268	200	0,98 (0,73 – 1,31)
DP-LD-	489	397	1,06 (0,81 – 1,39)
Soutien social au travail			
élevé	751	557	1,00 ⁽²⁾
faible	425	340	1,08 (0,90 – 1,21)
ABSENCES CERTIFIÉES TOUS DIAGNOSTICS			
Tension au travail			
DP-LD+	253	38	1,00 ⁽²⁾
DP+LD-	379	48	0,84 (0,54 – 1,33)
DP+LD+	405	63	1,04 (0,67 – 1,60)
DP-LD-	753	133	1,18 (0,80 – 1,73)
Soutien social au travail			
élevé	1128	180	1,00 ⁽²⁾
faible	663	102	0,96 (0,74 – 1,25)
ABSENCES CERTIFIÉES SANTÉ MENTALE			
Tension au travail			
DP-LD+	253	7	1,00 ⁽²⁾
DP+LD-	379	11	1,05 (0,40 – 2,74)
DP+LD+	405	10	0,89 (0,34 – 2,37)
DP-LD-	753	23	1,10 (0,47 – 2,60)
Soutien social au travail			
élevé	1128	36	1,00 ⁽²⁾
faible	663	15	0,71 (0,39 – 1,31)

1. DP = demande psychologique; LD = latitude décisionnelle; + = élevée; - = faible.

2. Catégorie de référence: lorsque le RC est supérieur à 1,00, il désigne une association positive entre l'exposition et la variable dépendante; lorsqu'il est inférieur à 1,00, il désigne une association négative ou un effet protecteur de l'exposition. Pour que l'association soit statistiquement significative, l'intervalle de confiance ne doit pas inclure la valeur 1,00.

associé de façon significative à aucun de ces types d'absence pour maladie.

Jusqu'ici, les analyses ont porté sur chacun des niveaux d'exposition à la tension au travail, c'est-à-dire sur une exposition à une demande psychologique élevée, à une latitude décisionnelle faible et à une combinaison de ces deux contraintes. Pour le reste des analyses et pour

simplifier la présentation des résultats, l'exposition désignera le niveau de tension élevée, défini comme la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une latitude décisionnelle faible.

Malgré l'association non significative, dans les analyses univariées, de l'absence pour maladie avec la tension élevée au travail, une analyse a examiné la mesure d'association spécifique pour chacune des catégories des variables de l'étude. Cette analyse stratifiée a permis de mettre en évidence un effet modifiant de plusieurs variables sur l'association mesurée. Elle a permis d'identifier des sous-groupes pour lesquels l'absence pour maladie est associée à une combinaison de demande psychologique élevée et de latitude décisionnelle faible.

L'absence pour maladie toutes durées est significativement plus faible chez les sujets qui avaient une charge familiale faible ou qui étaient âgés de 15 à 34 ans, même s'ils étaient soumis à une tension au travail élevée (Tableau 2). Bien que l'association ne soit pas statistiquement significative, chez les sujets qui avaient un statut d'emploi occasionnel, les sujets exposés à la tension au travail élevée se sont moins absentés que les sujets non exposés. Pour les sujets qui ont déclaré une charge familiale élevée, les sujets âgés de 55 ans et plus, les hommes et les cadres intermédiaires, l'association entre la tension au travail élevée et l'absence pour maladie est positive et va dans le sens de l'hypothèse de Karasek: les sujets exposés à la tension au travail se sont plus absentés que les sujets non exposés.

Dans le cas des *absences pour maladie certifiées tous diagnostics confondus*, l'analyse stratifiée a montré que sans être statistiquement significative, l'association avec la tension élevée au travail est positive chez les sujets qui ont déclaré un niveau élevé de soutien social au travail, chez les sujets plus jeunes, chez ceux qui avaient une scolarité de niveau primaire ou secondaire et chez les cadres intermédiaires (Tableau 3).

Enfin, pour les *absences certifiées pour un diagnostic de santé mentale*, bien que l'association avec la tension élevée au travail ne soit pas significative, l'analyse stratifiée a montré qu'elle est plus forte chez les sujets qui ont déclaré un niveau élevé de soutien social au travail, chez les individus qui ont vécu un événement stressant au cours de l'année précédant l'enquête et chez les femmes (Tableau 4).

Discussion

Aucun type d'absence pour maladie mesuré dans l'étude n'est associé à la tension au travail. Des résultats contradictoires ont déjà été rapportés dans les écrits répertoriés. Trois études ont signalé une asso-

Tableau 2
Mesure d'association entre la tension au travail élevée et l'absence pour maladie toutes durées selon les autres variables de l'étude

Variables	Absents		Non absents		Rapport de cotes (intervalle de confiance à 95 %)
	exp.	non exp.	exp.	non exp.	
DP+LD. ⁽²⁾ BRUT	176	126	251	165	0,92 (0,68 – 1,24)
Soutien social au travail					
oui	78	98	112	130	0,92 (0,63 – 1,37)
non	93	26	134	27	0,72 (0,40 – 1,31)
Charge familiale					
faible	86	60	131	54	0,59 (0,37 – 0,93)
élevée	82	57	105	102	1,40 (0,91 – 2,16)
Sexe					
masculin	96	80	101	110	1,31 (0,88 – 1,95)
féminin	80	46	150	55	0,64 (0,40 – 1,03)
Âge					
15-34 ans	39	33	68	27	0,47 (0,25 – 0,89)
35-44 ans	83	51	110	66	0,98 (0,61 – 1,55)
45-54 ans	43	32	62	55	1,19 (0,67, 2,14)
55 ans et +	11	10	11	17	1,70 (0,54 – 5,34)
Statut d'emploi					
permanent	148	108	206	151	1,00 (0,73 – 1,39)
occasionnel	28	18	45	30	0,45 (0,19 – 1,06)
Catégorie d'emploi					
cadre supérieur	5	7	11	16	1,04 (0,26 – 4,13)
cadre intermédiaire	5	4	6	11	2,29 (0,44 – 11,92)
professionnelle	64	60	77	73	1,01 (0,63 – 1,63)
enseignant/technicien/autres	47	36	52	32	0,80 (0,43 – 1,49)
employée de bureau	54	18	104	33	0,95 (0,49 – 1,85)

1. Seules les variables statistiquement significatives et les variables dont l'effet modifiant est important sont présentées. Le soutien social au travail et hors travail, les événements stressants, la scolarité et le revenu familial ne modifient pas l'association entre la tension au travail et l'absence pour maladie toutes durées.
2. DP+ = demande psychologique élevée; LD- = latitude décisionnelle faible.

ciation significative entre l'absence pour maladie toutes durées et une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle (Dwyer et Ganster, 1991; Karasek, 1979; Kristensen, 1991). Une autre a trouvé une association entre ce type d'absence pour maladie et une faible latitude décisionnelle seulement (Houtman et al., 1994). Enfin, une autre n'a démontré aucune association entre ce type d'absence et un changement au niveau de la latitude, de la demande et du soutien social (Parkes, 1982). Il importe toutefois de souligner que cette association a surtout été mise en évidence chez les cols bleus dont les emplois nécessitent souvent moins de qualifications, moins d'autonomie et un travail répétitif (McKee et al., 1992), alors que notre étude

Tableau 3

Mesure d'association entre la tension au travail élevée et l'absence pour maladie certifiées tous diagnostics selon les autres variables de l'étude¹

Variables	Absents		Non absents		Rapport de cotes (intervalle de confiance à 95 %)
	exp.	non exp.	exp.	non exp.	
DP+LD. ⁽²⁾ BRUT	48	38	379	253	0,84 (0,54 – 1,33)
Soutien social au travail					
oui	24	26	166	202	1,12 (0,62 – 2,03)
non	22	10	205	43	0,46 (0,20 – 1,04)
Âge					
15-34 ans	13	5	94	55	1,52 (0,52 – 4,50)
35-44 ans	22	18	171	99	0,71 (0,36 – 1,38)
45-54 ans	11	11	94	76	0,81 (0,33 – 1,97)
55 ans et +	2	4	20	23	0,58 (0,10 – 3,48)
Scolarité					
universitaire	21	22	182	146	0,77 (0,41 – 1,45)
collégiale	7	6	98	49	0,58 (0,19 – 1,83)
primaire et secondaire	20	10	95	56	1,18 (0,52 – 2,70)
Catégorie d'emploi					
cadre supérieur	0	3	16	20	
cadre intermédiaire	1	1	10	14	1,40 (0,08 – 25,14)
professionnelle	16	18	125	115	0,82 (0,40 – 1,68)
enseignant/technicien/autres	9	7	90	61	0,87 (0,31 – 2,47)
employée de bureau	22	9	136	42	0,76 (0,32 – 1,77)

1. Seules les variables statistiquement significatives et les variables dont l'effet potentiellement modifiant est important sont présentées. Le soutien social hors travail, les événements stressants, le sexe, le statut d'emploi et le revenu familial ne modifient pas l'association entre la tension élevée au travail et l'absence pour maladie certifiée tous diagnostics.
2. DP+ = demande psychologique élevée; LD- = latitude décisionnelle faible.

s'intéressait aux cols blancs. Chez ces derniers, la médiane de la distribution partageait les sujets exposés ou non exposés à une demande élevée ou à une latitude faible. Ces niveaux d'exposition, plus faibles chez les cols blancs que chez les cols bleus, ne dépassent peut-être pas le seuil délétère.

Bien que les effectifs aient été insuffisants pour mettre en évidence une association significative entre les différents types d'absence pour maladie et la tension au travail dans certains sous-groupes, l'analyse stratifiée a permis de montrer que la plupart des variables étudiées modifient l'association. Ceci a permis d'identifier les sous-groupes pour lesquels l'association mesurée est plus importante.

En effet, bien que l'association entre la tension au travail et l'absence pour maladie ne soit pas statistiquement significative, un niveau

Tableau 4
Mesures d'association entre la tension au travail élevée et l'absence pour maladie certifiée pour un problème de santé mentale selon les autres variables de l'étude¹

Variables	Absents		Non absents		Rapport de cotes (intervalle de confiance à 95 %)
	exp.	non exp.	exp.	non exp.	
DP+LD. ⁽²⁾ BRUT	11	7	379	253	1,05 (0,40 – 2,74)
Soutien social au travail					
oui	7	5	166	202	1,70 (0,53 – 5,47)
non	4	1	205	43	0,84 (0,09 – 7,69)
Événements stressants					
non	3	3	211	153	0,73 (0,14 – 3,64)
oui	7	3	151	89	1,38 (0,35 – 5,45)
Sexe					
masculin	4	6	178	166	0,62 (0,17 – 2,24)
féminin	7	1	201	87	3,03 (0,37 – 25,0)

1. Seules les variables statistiquement significatives et les variables dont l'effet potentiellement modifiant est important sont présentées. Le soutien social hors travail, la charge familiale, le sexe, l'âge, la scolarité, le statut d'emploi, la catégorie d'emploi et le revenu familial ne modifient pas l'association entre la tension élevée au travail et l'absence pour maladie certifiée pour un problème de santé mentale.
2. DP+ = demande psychologique élevée; LD - = latitude décisionnelle faible.

faible de soutien social au travail semble protecteur des absences pour maladie. Cela est peut-être lié au fait que les employés qui déclarent un niveau faible de soutien social perçoivent également une plus grande rigidité au niveau des mécanismes de gestion des absences. En effet, les absences certifiées, pour lesquelles un certificat médical est exigé, sont aussi moins fréquentes chez les employés qui perçoivent un niveau faible de soutien social. Ceci s'expliquerait par le fait que le diagnostic fait l'objet d'une vérification par l'administration et d'autant plus s'il s'agit d'un problème de santé mentale plus difficile à prouver et à faire reconnaître. Des auteurs ont en effet souligné la sous-déclaration des problèmes de santé mentale, liée au tabou qui entoure ces problèmes, et leur non-reconnaissance par les organismes qui indemnisent les absences pour maladie (Jenkins, 1985). Les employés qui déclarent un niveau faible de soutien social seraient plus sensibles aux contraintes liées à la gestion des absences.

Les résultats sur la charge familiale vont dans le sens des travaux en psychologie industrielle et en sociologie des organisations qui prônent que l'absentéisme est relié à des facteurs professionnels et extra-professionnels (Edwards et Whitston, 1993). La tension psychologique au travail associée à une charge familiale élevée peut être cause d'ab-

sence du travail. Une étude a montré que les tensions au travail et dans la vie hors travail sont associées de façon indépendante à la santé physique et mentale et peuvent avoir un impact additif sur la santé (Klitzman et al., 1990). Dans notre étude, la tension au travail n'a entraîné l'absence que chez les sujets qui avaient aussi une charge familiale élevée. C'est donc la charge totale, professionnelle et familiale qui entraînerait l'absence du travail. Cette association n'est toutefois vraie que pour les absences qui ne nécessitent pas un certificat médical, ce qui renforce l'idée du retrait volontaire du travail, pas nécessairement pour un motif de maladie, comme mécanisme d'adaptation aux contraintes hors travail autant qu'aux contraintes du travail (Edwards, 1988; Kristensen, 1991).

Lorsque la tension au travail est élevée, les hommes ont plus souvent recours à des absences non certifiées, alors que les femmes utilisent plus souvent des absences certifiées pour un diagnostic de santé mentale. La plupart des études ont montré que les femmes, de façon générale, s'absentent plus pour maladie que les hommes, bien que l'excès d'absence soit souvent en partie expliqué par la catégorie d'emploi ou d'autres conditions spécifiques aux femmes (Chevalier et Goldberg, 1992; Stansfeld et al., 1995). L'association positive, chez les femmes, entre la tension au travail et l'absence certifiée pour un problème de santé mentale appuie les résultats des études qui démontrent que les femmes déclarent plus de problèmes de santé mentale que les hommes (Lowe et Northcott, 1988). Ceci expliquerait que le sexe n'influence pas la prise d'absences certifiées tous diagnostics mais uniquement la prise d'un tel type d'absences pour un diagnostic de santé mentale. Karasek (Karasek et al., 1987) a aussi montré que l'association entre les symptômes psychologiques et les contraintes du travail étaient plus forte chez les femmes que chez les hommes.

Les études antérieures montrent que les absences attribuables à la maladie ou à l'incapacité augmentent avec l'âge (Akyeampong, 1992; Chevalier et Goldberg, 1992). Les sujets plus jeunes de l'étude sont aussi probablement ceux qui ont moins de responsabilités familiales et un statut occasionnel qui ne leur donne pas les mêmes conditions d'admissibilité aux absences. Ce phénomène expliquerait l'association négative entre la tension élevée au travail et l'absence pour maladie toutes durées pour les sujets ayant un statut occasionnel. Lorsque les individus ne peuvent avoir recours à l'absence toutes durées, considéré par plusieurs comme un mécanisme volontaire mis en œuvre par les individus pour récupérer des situations de travail stressantes, cela occasionnerait un délai qui pourrait permettre le développement d'un pro-

blème de santé plus grave nécessitant une absence certifiée. Les conditions d'admissibilité à l'indemnisation des absences ont déjà fait l'objet de telles constatations dans une étude précédente (Bourbonnais et al., 1992a; 1992b).

Certaines études se sont intéressées à la catégorie d'emploi comme variable influençant la fréquence des absences pour maladie et ont montré une fréquence plus grande d'absences dans les occupations moins prestigieuses (Chevalier et Goldberg, 1992; Stansfeld et al., 1995). Dans notre étude, les cadres intermédiaires exposés à une tension élevée au travail ont plus souvent recours aux absences toutes durées et aux absences certifiées non spécifiques que les autres catégories de travailleurs. Le contrôle exercé par l'administration sur les absences des cadres intermédiaires est probablement moins grand que pour les autres catégories d'emploi, ce qui expliquerait en partie l'association positive trouvée. Il s'agit en outre d'une catégorie d'emploi qui comporte généralement beaucoup de latitude décisionnelle dans le travail et pour laquelle un niveau faible de latitude peut occasionner une tension plus importante.

Les gens moins scolarisés n'ont pas recours aux absences toutes durées, mais plus souvent aux absences certifiées que les sujets plus scolarisés. Ils sont aussi probablement ceux qui ont les plus hauts niveaux d'exposition et qui ont par conséquent plus de chance de développer des problèmes de santé qui donnent lieu à des absences plus longues nécessitant un certificat médical.

La survenue d'un événement stressant est associée dans les écrits scientifiques à la survenue de problèmes de santé mentale (Glickman et al., 1991). Il existerait un effet additif entre la tension au travail et l'événement stressant pour affecter la santé mentale des sujets de l'étude, ce qui occasionne des absences certifiées pour un problème de santé mentale.

Une plus grande puissance de l'étude résulterait de l'inclusion d'un plus grand nombre de sujets et permettrait une meilleure interprétation des analyses portant sur la mesure de l'association entre la tension au travail élevée et l'absence pour maladie dans différents sous-groupes spécifiques.

Les résultats de l'étude ont pu être biaisés par un facteur de sélection. Le taux de participation à l'étude étant de 65 %, un biais de sélection résultant d'une participation plus grande des sujets ayant des problèmes de santé mentale est possible. Toutefois, les sujets représentent 89 % des participants au programme de prévention des maladies

cardiovasculaires pour lequel ils ont été recrutés et ceci contribue à réduire le biais de sélection potentiel. L'effet d'un biais résiduel sur l'association entre la tension au travail et les problèmes de santé mentale est inconnu. Les participants sont cependant représentatifs des sujets admissibles pour le sexe et l'âge, ce qui suggère que l'effet de sélection est peu important.

Le taux de participation à l'étude est de 92 % des sujets ayant répondu au questionnaire sur la tension au travail. Les données analysées ont toutefois porté sur 74 % des sujets car plusieurs n'ont pu être retracés dans le SAGIP et un ministère a refusé que ses employés soient recontactés pour donner leur consentement au volet absence de l'étude. Ceci pourrait indiquer un biais de sélection. Cependant, la comparaison des répondants pour les absences avec l'ensemble des sujets potentiels n'a démontré aucune différence significative sur toutes les variables disponibles dans l'étude. Bien que les sujets qui ont refusé (8 %) leur consentement à l'étude de leur dossier d'absence ont pu s'absenter plus que les autres, il n'y a pas de raison pour que les sujets non retracés par SAGIP aient aussi été des sujets qui s'absentaient plus que les autres. Le biais de sélection, s'il existe, devrait être assez limité.

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré pour mesurer les caractéristiques du travail plutôt que des mesures objectives peut être critiquée, car elle peut entraîner un biais de réponse (Karasek et Theorell, 1990). Toutefois, aucune mesure objective valable n'est encore disponible. En général, lorsqu'on a tenté de pallier la difficulté de la mesure subjective des conditions de travail en interrogeant des experts, perçus comme des observateurs objectifs de la situation de travail, la variance intra-occupation associée à la détresse psychologique s'est trouvée sous-estimée (Frese et Zapf, 1988). Karasek a rapporté une corrélation importante (0,69 et 0,64) entre la latitude décisionnelle auto-déclarée et l'évaluation par des experts (Karasek, 1979). Kohn et Schooler (1973) ont obtenu des résultats similaires. Aussi, en dépit du biais potentiel d'autoréponse, l'utilité des questionnaires auto-administrés a été démontrée par plusieurs chercheurs (Kemery et al., 1985; McCright, 1988). De plus, les mesures subjectives des contraintes du travail peuvent être considérées comme de meilleurs prédicteurs de problèmes de santé mentale que les mesures objectives des contraintes qui pourraient ne pas être perçues comme telles par les travailleuses et les travailleurs.

Une autre critique peut être adressée à notre mesure des caractéristiques de l'organisation du travail en une seule occasion dans le temps. Les réponses du sujet à ce moment peuvent refléter un phénomène

temporaire qui n'a aucune signification pour la survenue des absences dans l'année qui suit. Toutefois, la stabilité de la mesure à un an a été démontrée au cours d'une autre étude sur une partie de la même population (Dion et al., [en préparation]).

Pour la variable dépendante, différentes mesures d'absence pour maladie ont été utilisées. Chacune avait déjà été utilisée dans des études antérieures et donné des résultats auxquels nous pouvions comparer les nôtres. La classification des diagnostics s'est faite selon une procédure rigoureuse qui limite le biais de classification. Toutefois, elle a été réalisée à partir du certificat médical, ce qui a sûrement contribué à sous-estimer les problèmes de santé mentale, car les individus et les médecins hésitent encore à émettre un tel diagnostic à connotation négative (Jenkins, 1985; Stansfeld et al., 1995) bien que la société québécoise ait évolué à cet égard depuis quelques années. Enfin, le fait que le diagnostic ne soit pas toujours précisé sur le certificat médical a pu entraîner un biais de classification des sujets lors de l'analyse des absences certifiées pour un problème de santé mentale. Ce biais d'information serait non différentiel et entraînerait une sous-estimation de l'association de ce type d'absence avec la tension au travail. Les analyses sur les absences pour maladie certifiées tous diagnostics ne comportent pas un tel biais puisque l'ensemble des diagnostics ont été considérés.

Une autre faiblesse de l'étude tient à son manque de puissance, tout particulièrement lors des analyses stratifiées. Nous n'avons pu, non plus, effectuer des analyses multivariées qui mesurent l'association entre deux variables en contrôlant les autres variables pouvant influencer cette association. Le nombre de sujets prévus lors de l'élaboration du protocole était plus important, mais environ 3000 sujets ont été perdus à cause du refus d'un ministère de participer à l'étude, et un certain nombre de sujets n'ont pu être retracés par le SAGIP lors de la fusion avec les fichiers de l'étude. Des analyses portant sur la mesure de l'association entre la tension au travail et l'absence pour maladie devront être répétées chez d'autres groupes de travailleurs avant de pouvoir infirmer le modèle de Karasek. Une attention particulière devra porter sur la qualité des données d'absence.

CONCLUSION

La présente recherche n'a révélé aucune association entre les événements d'absences pour maladie et la tension au travail chez les cols blancs de la région de Québec. Avant de pouvoir infirmer le modèle de Karasek, il importera de répéter la mesure de cette association en

portant une attention particulière à l'exhaustivité et à la validité des données d'absence. D'autant plus que les autres indicateurs de santé mentale mesurés dans notre étude, la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes, sont associés à une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle au travail (Bourbonnais et al., [soumis]; Bourbonnais, et al., 1995a; 1995b).

Contrairement à ce qui était attendu, le soutien social au travail n'a pas modifié l'association entre la tension au travail et l'absence pour maladie. Il ne modifie pas non plus l'association entre une combinaison de demande psychologique élevée et de faible latitude décisionnelle et la détresse psychologique ou la prise de psychotropes (Bourbonnais et al., [soumis]; Bourbonnais et al., 1995a; 1995b). L'effet du soutien social devra toutefois être à nouveau évalué auprès d'autres populations et éventuellement au moyen de mesures plus complètes, qui cerneront davantage de dimensions de ce phénomène.

RÉFÉRENCES

- AKYEAMPONG, E.B., 1992, L'absentéisme, *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, Ottawa, 25-28.
- BARNETT, R.C., DAVIDSON, H., MARSHALL, N.L., 1991, Physical symptoms and the interplay of work and family roles, *Health Psychology*, 10, 94-101.
- BÉGIN, C., THÉRIAULT, G., VINET, A., BRISSON, C., GUIRE, L.D., GINGRAS, S., 1981, *Problèmes de santé et facteurs psychosociaux chez les travailleurs de la fonction publique québécoise*, Université Laval, Québec.
- BILLETTE, A., BOUCHARD, R., 1993, Pool Size, job stressors, and health problems: A study of data entry clerks, *International Journal of Human-Computer Interaction*, 5, 101-113.
- BOURBONNAIS, R., BRISSON, C., VÉZINA, M., MOISAN, J., Job strain and psychological distress in white collar workers, à paraître dans le *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*.
- BOURBONNAIS, R., VÉZINA, M., BRISSON, C., MOISAN, J., 1995a, Organisation du travail et santé mentale chez les cols blancs de la région de Québec, in *Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail*, Les Cahiers scientifiques de l'ACFAS, no.81, Montréal, 141-158.
- BOURBONNAIS, R., VÉZINA, M., BRISSON, C., MOISAN, J., 1995b, *Organisation du travail et santé mentale des cols blancs de la région de Québec*, Université Laval, Québec.

- BOURBONNAIS, R., VINET, A., 1989, L'absence du travail comme indicateur de santé: signification, mesures et conditions d'utilisation, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 37, 173-82.
- BOURBONNAIS, R., VINET, A., MEYER, F., GOLDBERG, M., 1992A, Certified sick leave and workload. A case-referent study among nurses, *Journal of Occupational Medicine*, 34, 69-74.
- BOURBONNAIS, R., VINET, A., VÉZINA, M., GINGRAS, S., 1992b, Certified sick leave as a non specific morbidity indicator: A case-referent study among nurses, *British Journal of Industrial Medicine*, 49, 673-678.
- BRINER, R., HOCKEY, G.R.J., 1988, Operator stress and computer-based work, in Cooper, C.L., Payne, R., eds., *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley and Sons, Chichester, 115-140.
- CARAYON, P., 1993, Job design and job stress in office workers, *Ergonomics*, 36, 463-477.
- CHEVALIER, A., GOLDBERG, M., 1992, L'absence au travail: indicateur social ou indicateur de santé?, *Sciences sociales et santé*, 10, 47-65.
- DION, G., BRISSON, C., MOISAN, J., BLANCHET, C., GUIMONT, C., VINET, A., VÉZINA, M., DAGENAIS, G. [soumis], *Internal consistency, one-year stability and construct validity of the Karasek 18-item instrument on psychological job demand and job decision latitude*.
- DOMPIERRE, J., 1989, *Examen empirique de deux modèles théoriques de détresse liée au travail*, [thèse de doctorat], Université Laval, Québec.
- DWYER, D.J., GANSTER, D.C., 1991, The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction, *Journal of Organizational Behavior*, 12, 595-608.
- EDWARDS, J.R., 1988, The determinants and consequences of coping with stress, in Cooper, C. L., Payne, R., eds., *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley and Sons, Chichester, 233-263.
- EDWARDS, P., WHITSTON, C., 1993, *Attending to Work. The Management of Attendance and Shopfloor Order*, Blackwell Business, Oxford.
- FRESE, M., ZAPF, D., 1988, Methodological issues in the study of work stress: Objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies, in Cooper, C. L., Payne, R., eds., *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley and Sons, 375-411.
- GLICKMAN, L., TANAKA, J., CHAN, E., 1991, Life events, chronic strain, and psychological longitudinal causal models, *Journal of Community Psychology*, 19, 283-305.
- HOUTMAN, I.L.D., BONGERS, P.M., SMULDERS, P.G.W., KOMPIER, M.A.J., 1994, Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 20, 139-145.

- JENKINS, R., 1985, Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence, *British Journal of Industrial Medicine*, 42, 147-154.
- JOHNSON, J.V., HALL, E.M., THEORELL, T., 1989, Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population, *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 15, 271-279.
- KARASEK, R., 1979, Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- KARASEK, R., 1985, *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Department of Industrial and System Engineering, University of Southern California, Los Angeles.
- KARASEK, R., GARDELL, B., LINDELL, J., 1987, Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white-collar workers, *Journal of Occupational Behavior*, 8, 187-207.
- KARASEK, R., THEORELL, T., 1990, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.
- KEMERY, E., BEDEIAN, A., MOSSHOLDER, K., TOULIATOS, J., 1985, Outcomes of role stress: A multisample constructive replication, *Academy Management Journal*, 28, 363-375.
- KLITZMAN, S., HOUSE, J., ISRAEL, B., MERO, R., 1990, Work stress, nonwork stress, and health, *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 221-243.
- KOHN, M., SCHOOLER, C., 1973, Occupational experience and psychological functioning: An assessment of reciprocal effects, *American Sociological Review*, 38, 97-118.
- KRISTENSEN, T.S., 1991, Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour, *Social Science and Medicine*, 32, 15-27.
- LEVASSEUR, M., 1987, *Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, No. 87-03, Gouvernement du Québec, Québec.
- LOWE, G., NORTHCOTT, H., 1988, The impact of working condition, social roles, and personal characteristics on gender differences in distress, *Work and Occupations*, 25, 55-77.
- MCCRIGHT, P., 1988, *The job control and job demand hypothesis in a laboratory setting* [thèse de doctorat], Stanford University.
- MCKEE, G.H., MARKHAM, S.E., SCOTT, K.D., 1992, Job stress and employee withdrawal from work, in Quick, J. C., Murphy, L. R., Hurrell, J. J., eds., *Stress and Well-being at Work. Assessments and Interventions for Occupational Mental Health*, American Psychological Association, Washington, DC, 153-163.

- National Institute of Child Health and Human Development, 1988, *Women's Lifestyle During Pregnancy Study Questionnaire*, Columbia University, New-York.
- PARKES, K.R., 1982, Occupational stress among nurses: A natural experiment, *Journal of Applied Psychology*, 67, 6, 784-796.
- ROTHMAN, K., 1987, *Modern Epidemiology*, Little Brown and company, Toronto.
- SANTÉ CANADA, 1981, *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, Statistique Canada et Ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa.
- SANTÉ QUÉBEC, 1988, *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les publications du Québec, Québec.
- SANTÉ QUÉBEC, 1994a, *Enquête sociale et de santé 1992-93: faits saillants*, Gouvernement du Québec, Montréal.
- SANTÉ QUÉBEC, 1994b, *Et votre cœur, ça va? Rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, in Daveluy, C., Chénard, L., Levasseur, M., Émond, A., eds., Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Montréal, 159 p.
- SKIPPER, J.K., JUNG, F.D., COFFEY, L.C., 1990, Nurses and shiftwork: Effects on physical health and mental depression, *Journal of Advanced Nursing*, 15, 835-842.
- STANSFELD, S., FEENEY, A., HEAD, J., CANNER, R., NORTH, F., MARMOT, M., 1995, Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II study, *Social Science and Medicine*, 40, 189-197.
- TIERNEY, D., ROMITO, P., MESSING, K., 1990, She ate not the bread of idleness: Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers, *Women Health*, 16, 21-42.
- VÉZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A., LAURENDEAU, M., 1992, *Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Gaëtan Morin, Boucherville.
- VÉZINA, M., GINGRAS, S., Travail et Santé mentale: les groupes à risque, à paraître dans la *Revue canadienne de santé publique*.
- VINET, A., BÉGIN, C., THÉRIAULT, G., 1982, La santé des employés de bureau: le cas de la fonction publique québécoise, *Relations industrielles*, 37, 887-904.

ABSTRACT**The mental health of white-collar workers and the psychosocial dimension of the workplace**

In Québec, as in many other Western countries, mental health problems represent one of the principal causes of morbidity in the population and extended leaves of absence from the workplace. A portion of mental health problems at work seem to result from the combined effect of a highly demanding psychological factors and a little decision-making latitude in the workplace. A longitudinal study conducted over a one-year period among white-collar workers in the Québec City region has revealed that no significant link was demonstrated between leaves of absence resulting from mental health problems and stress in the workplace. However, the authors have identified certain white-collar sub-groups that have a greater risk of accumulating leaves of absence as a result of a combination of greater psychological demands and little latitude in terms of decision-making.