

# Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale

*Michel Vézina*

Département de médecine sociale et préventive, Université Laval  
CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières et Institut national de santé publique

*Renée Bourbonnais*

Département de réadaptation, Université Laval, CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières

## Introduction

Le travail a connu au cours des dernières années de profondes transformations, tant dans son contenu que dans son organisation. À titre d'exemple, mentionnons la croissance du secteur des services, lequel représente maintenant de 60 % à 74 % des emplois dans les pays industrialisés, alors que le secteur manufacturier ne compte plus que pour environ 28 %. De même, le développement de technologies liées notamment à l'informatisation et à l'automatisation a amené de nouvelles contraintes physiques et cognitives. En somme, il y a moins de travail exigeant physiquement mais davantage de travail exigeant sur les plans psychologique et émotionnel (Marmot et autres, 1999).

Au chapitre de l'organisation du travail, les mutations se sont caractérisées surtout par une intensification du travail qui s'impose à travers de nouveaux modes de gestion, marqués notamment par un contrôle plus serré de la productivité individuelle et collective et par la recherche d'un fonctionnement avec un effectif minimum. Il en résulte des contraintes de temps importantes. Ce phénomène est assez bien documenté. Des enquêtes américaines ont montré, par exemple, qu'entre 1977 et 1997 la proportion des travailleurs qui ont rapporté qu'ils devaient « travailler très vite » est passée de 55 % à 68 %. Par ailleurs, la proportion de ceux qui ont mentionné qu'ils n'avaient « jamais assez de temps pour terminer leur travail » est passée de 40 % à 60 % (Theorell, 1999, citant Bond et autres, 1998). En Europe, les contraintes de temps ont aussi considérablement augmenté. Ainsi, le pourcentage des individus qui disent devoir « travailler très vite » ou avoir des « échéanciers serrés » durant au moins le quart de leur temps de travail a crû respectivement de 48 % à 56 % et de 50 % à 60 % au cours de la dernière décennie (Merllié et Paoli, 2001).

L'ensemble de ces bouleversements n'est pas sans avoir d'impact sur la santé mentale des personnes qui les subissent. Ils sont en effet associés à des problèmes de dépression, de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et de consommation accrue de médicaments à visée psychoactive (Bourbonnais et autres, 1996; Niedhammer et autres, 1988; Karasek et Theorell, 1990; Moisan et autres, 1999; Bourbonnais et autres, 1998; Stansfeld et autres, 1995-B). Ces problèmes ont des conséquences importantes pour ce qui est de l'absentéisme au travail (Vézina, 1992; Stansfeld et autres, 1995-A). De plus, le phénomène de l'invalidité de courte et de longue durée liée à des troubles psychiatriques est en forte croissance depuis le début des années 90 (Vézina, 1998; Karthumen, 1995). À titre d'exemple, mentionnons que de 1990 à 1997, le nombre de réclamations acceptées à la CSST comme des lésions liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique a presque doublé, soit de 530 à 994, pour des déboursés annuels passant de 1,5 à 5,1 millions de dollars. Au cours de la même période, le nombre total annuel de réclamations à la CSST passait pourtant de 207 127 à 119 914, soit une diminution de presque la moitié (Convergence, 1999). Enfin, quand on analyse les cas d'absence du travail pour une longue durée indemnisés par les compagnies privées d'assurance salaire, on constate que de 30 % à 50 % d'entre eux sont attribuables à des problèmes de santé mentale. Ce pourcentage n'était que de 18 % en 1990 (Ranno, 2000). Dans ce contexte, il est apparu important de montrer l'évolution de l'incapacité de travail au Québec pour des raisons de santé mentale.

## Aspects méthodologiques

Les données analysées sont tirées des résultats des enquêtes sociales et de santé réalisées par Santé Québec en 1987, en 1992-1993 et en 1998. Au total, c'est plus de 10 000 personnes de 15 ans et plus, formant un échantillon représentatif de la population des différentes régions du Québec et occupant un emploi, qui ont été rejointes lors de chacune de ces trois enquêtes générales (10 149 en 1987, 12 207 en 1992-1993 et 10 922 en 1998). Il est important de noter que la collecte des données s'est faite tout au long de l'année, afin d'éliminer l'effet des variations saisonnières sur les incapacités de travail pour raison de santé.

Ces données ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires : l'un rempli par un intervieweur à partir des informations fournies par un répondant pour l'ensemble des habitants du ménage et l'autre auto-administré par les personnes âgées de 15 ans et plus. Pour le premier questionnaire, les taux de réponse ont été de 87,3 % en 1987, 87,2 % en 1992-1993 et 82,1 % en 1998, alors que pour le second, ils ont atteint 81 %, 85 % et 84 % respectivement. À l'exception des données concernant certaines dimensions de l'organisation du travail (autonomie décisionnelle, demande psychologique, intimidation, violence physique), qui proviennent du questionnaire auto-administré, l'ensemble des informations sont tirées du questionnaire rempli par l'intervieweur. L'incapacité de travail est évaluée à partir des réponses aux questions de la section I, qui permettent de connaître,

parmi les personnes occupant un emploi au Québec<sup>1</sup>, la proportion de celles qui pendant au moins une journée, au cours des quatorze jours précédant l'enquête, ont gardé le lit toute la journée ou presque ou ont été incapables de travailler pour des raisons de santé. Les problèmes de santé mentionnés ont été regroupés selon la classification internationale des maladies (CIM-10) (voir annexe 1).

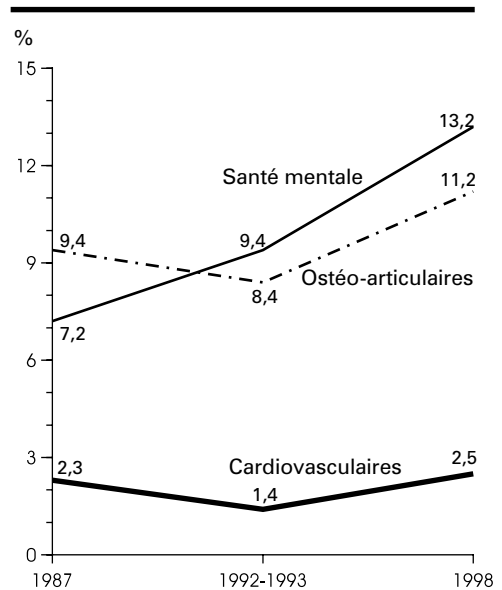
## Résultats

Au Québec, le pourcentage des personnes âgées de 15 ans et plus qui occupaient un emploi mais avaient été incapables de travailler pour des raisons de santé pendant au moins une journée au cours des deux semaines précédentes est passé de 5,3 % en 1987 à 5,7 % en 1998. Quand on analyse cette évolution en tenant compte du sexe, on observe que le pourcentage des femmes qui ont rapporté une incapacité de travail pour des raisons de santé est passé de 6,1 % à 7,2 %, alors que celui des hommes passait de 4,7 % à 4,6 %. Aucune de ces évolutions n'est statistiquement significative pour un seuil de 5 %. Par ailleurs, la différence entre les hommes et les femmes est significative, tant en 1987 qu'en 1998.

Parmi les personnes incapables de travailler pour des raisons de santé, on note une augmentation très importante du pourcentage de celles qui déclarent un problème de santé mentale à l'origine de leur incapacité; celles qui présentent des problèmes ostéo-articulaires connaissent une légère augmentation. Par ailleurs, les problèmes cardiovasculaires sont relativement moins invoqués pour expliquer l'incapacité (figure 12.1). Sur le plan statistique, la proportion des personnes incapables de

Figure 12.1

**Évolution de la proportion des personnes de 15 ans et plus occupant un emploi qui étaient incapables de travailler pendant au moins une journée en raison de problèmes de santé mentale, cardiovasculaires et ostéo-articulaires, parmi l'ensemble des personnes incapables de travailler pour des raisons de santé<sup>1</sup>, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**



1. ESQ, 1987, 1992-1993, 1998.

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

1. La population comprenait les personnes de 15 ans et plus qui, au cours des deux dernières semaines, occupaient un emploi (QRI-161) et travaillaient, ou ne travaillaient pas pour des raisons de santé, ou étaient en grève ou en lock-out, ou étaient en vacances (QRI-160).

travailler en raison d'un problème de santé mentale en 1998 est significativement supérieure à celle de 1987 (seuil = 0,0034).

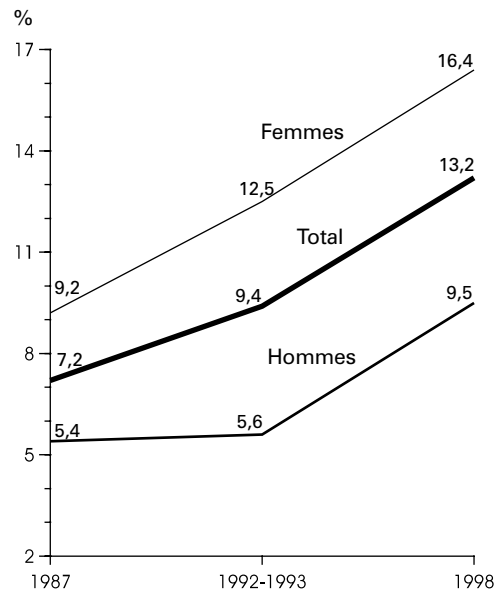
Pour les trois années d'observation, l'importance relative des incapacités de travail pour des problèmes de santé mentale est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (figure 12.2). De plus, la proportion de femmes incapables de travailler pour un problème de santé mentale en 1998 est statistiquement supérieure à celle de 1987 (0,03).

Quand on analyse l'évolution entre 1992 et 1998 du nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne, on constate qu'il a plus que triplé pour les problèmes de santé mentale, alors qu'il a doublé pour les problèmes ostéo-articulaires (figure 12.3).

De plus, l'estimation du nombre de jours d'incapacité par personne sur une période de deux semaines pour les individus qui déclarent au moins une journée d'incapacité en raison d'un problème de santé mentale en 1998 est statistiquement supérieure à celle de 1992 ( $p = 0,0155$ ), le nombre moyen passant de 4,2 à 6,6.

Enfin, on peut observer que le fait d'avoir été l'objet au cours de la dernière année d'intimidation ou de violence physique au travail accroît significativement la fréquence d'incapacité de travail de 9,9 % à 21,1 % ( $p = 0,017$ ) et de 11,8 % à 35 % ( $p = 0,025$ ) chez ceux ou celles qui sont exposés de temps en temps à très souvent à de telles situations (figure 12.4).

Figure 12.2  
**Proportion de personnes incapables de travailler pendant au moins une journée en raison de problèmes de santé mentale, parmi les personnes incapables de travailler pour des raisons de santé<sup>1</sup>, selon le sexe, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

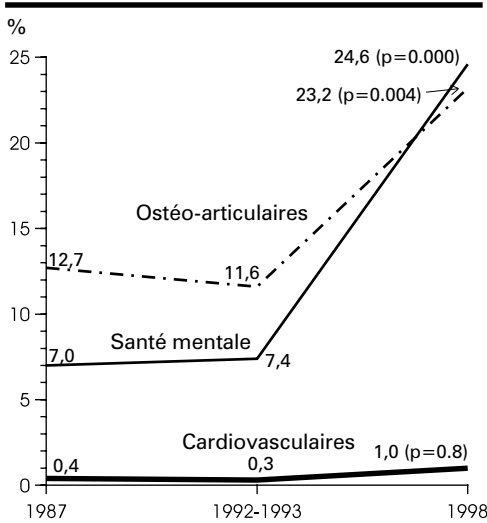


1. Chez les personnes de 15 ans et plus occupant un emploi.

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

Figure 12.3

**Nombre annuel moyen des journées d'incapacité en raison d'un problème de santé mentale, cardiovasculaire ou ostéo-articulaire<sup>1</sup>, par 100 personnes au travail, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

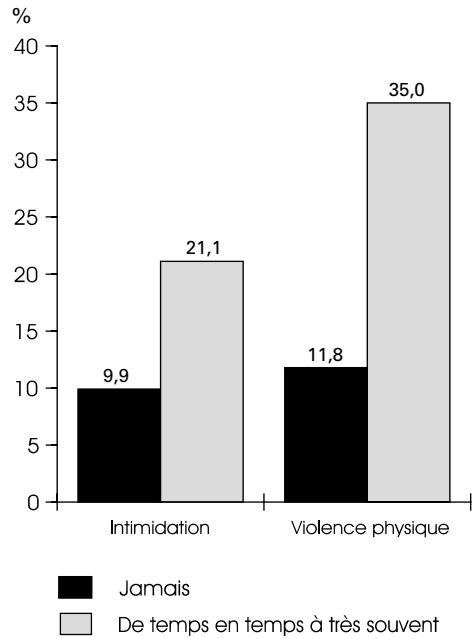


1. Chez les personnes de 15 ans et plus occupant un emploi.

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

Figure 12.4

**Proportion de personnes incapables de travailler en raison de problèmes de santé mentale, selon deux formes de violence au travail<sup>1</sup>, Québec, 1998**



1. Chez les personnes de 15 ans et plus occupant un emploi.

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

## Discussion

L'analyse des résultats des trois enquêtes générales sur la santé et le bien-être de la population québécoise réalisées entre 1987 et 1998 montre clairement que l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale au Québec a considérablement augmenté, que les femmes sont plus touchées que les hommes et que des facteurs tels que l'intimidation et la violence physique au travail sont de plus en plus associés à des fréquences élevées d'incapacité de travail.

Ces résultats sont conformes aux tendances observées dans les enquêtes canadiennes sur la population active (Statistique Canada, 1999), qui ont notamment révélé que la totalité des hausses survenues au cours de la même période était

imputable aux maladies ou aux incapacités et que les femmes sont plus nombreuses à déclarer des absences du travail. Par ailleurs, ces dernières connaîtraient, selon un écart qui va en s'agrandissant, une durée d'absence supérieure à celle des hommes (voir chapitre 9). Les pourcentages plus élevés d'incapacité de travail observés dans les enquêtes de Santé Québec par rapport à ceux de Statistique Canada peuvent s'expliquer par la formulation différente de la question (incapacité de travail au lieu de absence du travail) et surtout par l'exclusion, dans les enquêtes canadiennes, des travailleurs à temps partiel, des travailleurs autonomes et des personnes cumulant des emplois. Une différence plus fondamentale encore entre les deux enquêtes réside dans le fait que l'enquête sur la population active ne porte que sur les jours ouvrables, alors que celle de Santé Québec ne fait aucune distinction au cours de la période de référence des quatorze derniers jours.

Un taux d'absence plus élevé chez les femmes a déjà été observé dans des études réalisées ailleurs dans le monde (Mastekaasa, 2000). Les données des enquêtes canadiennes montrent bien d'ailleurs que les professions reliées à la santé — très majoritairement composées de femmes — affichent de loin une fréquence et une durée supérieures d'absentéisme. Il en va de même pour les professions exigeantes physiquement, dangereuses ou stressantes (Statistique Canada, 1999). L'association observée entre l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale et le fait d'avoir, au cours de l'année précédente, été l'objet d'intimidation ou de violence physique au travail n'a rien de surprenant car il s'agit de conduites qui sont également associées à des indices de détresse psychologique élevés et à une moins bonne perception de sa santé mentale (Arcand et autres, 2000). D'autres études ont d'ailleurs démontré une association significative entre le harcèlement au travail de type « bullying » et les absences pour maladie (Kivimäki et autres, 2000).

## Conclusion

L'analyse de l'évolution des données d'incapacité de travail au Québec de 1987 à 1998, période caractérisée par des transformations substantielles des conditions d'emploi et de l'organisation du travail, montre bien l'importance grandissante des problèmes de santé mentale associés à l'incapacité de travail. Il est donc paradoxal de constater qu'au lieu d'accroître la productivité, ce qui était le but visé, on en soit arrivé à engendrer des situations plutôt improductives. Aurait-il pu en être autrement? Un récent suivi longitudinal de la santé des travailleurs municipaux finlandais de 1990 à 1997, période caractérisée par une réduction importante d'effectif et des réorganisations majeures du travail, a permis d'apporter des éléments de réponse à cette question (Vahtera et autres, 2000). En suivant

l'évolution des travailleurs qui étaient en bonne santé au début de la période d'observation, l'étude démontre clairement que l'absentéisme pour maladie est relié aux conditions de travail et que des améliorations dans les conditions psychosociales de travail réduisent le risque de maladie chez les travailleurs. Les facteurs qui ont un effet déterminant sur la réduction des absences pour maladie sont l'augmentation des possibilités pour les travailleurs d'utiliser leurs habiletés, de prendre des décisions sur l'organisation de leur travail ou d'exercer un contrôle sur leur travail de même que la possibilité d'avoir accès à un soutien élevé ou amélioré de la part de son superviseur.

## Bibliographie

ARCAND, R., F. LABRÈCHE, S. STOCK, K. MESSING et F. TISSOT (2000). « Travail et Santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 26, p. 525-570.

BOND, J.T., E. GALINSKY et J.E. SWANBERG (1998). *The 1997 national study of the changing workforce*, New York, Families and Work Institute.

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

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

CONVERGENCE (1999). *Les problèmes de santé mentale : une des principales causes d'absences prolongées au travail*, Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, vol. 15, n° 4, p. 3.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Enquête sociale et de santé 1987*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

SANTÉ QUÉBEC (1995). *Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Gouvernement du Québec, 642 p. plus annexe.

KARASEK, R. et T. THEORELL (1990). *Health work : stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basis Books.

KARTHUMEN, A. (1995). *All worked up, Work Health Safety 1995*, Helsinki, Finland, Institute of occupational Health, p. 34-35.

KIVIMÄKI, M., M. ELOVAINIO et J. VAHTERA (2000). « Workplace bullying and sickness absence in hospital staff », *Occup. Environ. Med.*, 57, p. 656-660.

MARMOT, M., J. SIEGRIST, T. THEORELL et A. FEENEY (1999). « Health and the psychosocial environment at work », dans *Social determinants of health*, M. Marmot et R. G. Wilkinson (édit.), Oxford University Press, p. 105-131.

MASTEKAASA, A. (2000). « Parenthood, gender and sickness absence », *Soc. Science and Medicine*, 50, p. 1827-1842.

MERLLIÉ, D. et P. PAOLI (2001). *Ten years of working conditions in the European Union*, Summary, Dublin, Ireland, European Foundations for the Improvement of Living and Working Conditions.

MOISAN, J., R. BOURBONNAIS, C. BRISSON, M. GAUDET, M. VÉZINA, A. VINET et J.P. GRÉGOIRE (1999). « Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers », *Work and Stress*, 13, p. 289-298.

NIEDHAMMER, I., M. GOLDBERG, A. LECLERC, I. BUGEL et S. DAVID (1998). « Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort », *Scand. J. Work Environ. Health*, 24 (3), p. 197-205.

RANNO, J.P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*, Montréal, Canada, Vice-présidence, opérations vie et groupe invalidité, Sun Life.

STANSFELD, S., A. FEENEY, J. HEAD, R. CANNER, F. NORTH et M. MARMOT (1995a). « Sickness absence for psychiatric illness : The Whitehall 2 study », *Soc. Science and Medicine*, 40, p. 189-197.

STANSFELD, S., F. NORTH, I. WHITE et M. MARMOT (1995b). « Work characteristics and psychiatric disorders in civil servants in London », *J. Epidemiol. Community Health*, 49, p. 48-53.

STATISTIQUE CANADA (1999). *Taux d'absence du travail, 1987 à 1998*, Ottawa, Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et les ménages, Gouvernement du Canada (71-535-MPB, n° 10).

THEORELL, T. (1999). « How to deal with stress in organizations? – a health perspective on theory and practice », *Scand. J. Work Environ. Health*, 25 (6, special issue), p. 616-624.

VAHTERA, J., M. KIVIMÄKI, J. PERITTI et T. THEORELL (2000). « Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence : a seven year follow up of initially healthy employees », *J. Epidemiol. Community Health*, 54, p. 484-493.

VÉZINA, M., M. COUSINEAU, D. MERGLER, A. VINET et M.C. LAURENDEAU (1992). *Pour donner un sens au travail*, Québec, Éd. G. Morin.

VÉZINA, M. (1998). « La santé mentale au travail : peut-il y avoir place à la lésion professionnelle? », *Le médecin du Québec*, 33 (4), p. 113-116.

## **Annexe 1**

### **Identification des problèmes de santé selon la classification internationale des maladies (CIM-9)**

#### **Problèmes de santé mentale**

Psychoses affectives (# 296); États délirants (# 297); Autres psychoses non organiques (# 298); Troubles névrotiques (# 300); Syndrome de dépendance alcoolique (# 303); Pharmacodépendance (# 304); Abus de drogues chez une personne non dépendante (# 305); Troubles du fonctionnement physiologique d'origine psychique (# 306); États réactionnels aigus à une situation très éprouvante (# 308); Troubles de l'adaptation (# 309); Troubles dépressifs non classés ailleurs (# 311); Troubles de la conduite non classés ailleurs (# 312); Facteurs psychiques associés à des affections classées ailleurs (# 316); Migraine (# 346); Troubles du sommeil (# 780.5); Malaise et fatigue (# 780.7).

#### **Problèmes cardiovasculaires**

Hypertension essentielle (# 401); Cardiopathie due à l'hypertension artérielle (# 402); Néphropathie due à l'hypertension artérielle (# 403); Cardio-néphropathie due à l'hypertension artérielle (# 404); Hypertension secondaire (# 405); Infarctus aigu du myocarde (# 410); Autres formes aiguës ou subaiguës des cardiopathies ischémiques (# 411); Infarctus ancien du myocarde (# 412); Angine de poitrine (# 413); Autres formes de cardiopathie ischémique chronique (# 414); Troubles de la conduction cardiaque (# 426); Troubles du rythme cardiaque (# 427); Insuffisance cardiaque (# 428); Complications des cardiopathies et maladies cardiaques mal définies (# 429); Tachycardie, sans précision (# 785.0); Palpitations (# 785.1).

#### **Problèmes ostéo-articulaires**

Arthrite rhumatoïde et autres polyarthropathies inflammatoires (# 714); Arthroses et affections apparentées (# 715); Arthropathies, autres et sans précision (# 716); Lésions articulaires du genou (# 717); Autres lésions des articulations (# 718); Manifestations articulaires, autres et sans précision (# 719); Spondylarthrite ankylosante et autres spondylopathies inflammatoires (# 720); Arthrose rachidienne et affections apparentées (# 721); Lésions des disques intervertébraux (# 722); Autres atteintes de la région cervicale (# 723); Atteintes, autres et sans précision, des régions du plan dorsal (# 724); Pseudo-polyarthrite rhizomélique (# 725); Maladies des insertions tendineuses et syndromes apparentés (# 726); Autres atteintes des synoviales, des tendons et des bourses (# 727); Autres atteintes des tissus mous (# 729).

