

# T ravaillleurs et maux de dos chroniques

Claudio E. Pérez

## Résumé

### Objectifs

Le présent article décrit les liens entre l'exposition à certains facteurs professionnels et non professionnels et l'incidence de maux de dos chroniques au cours des deux années suivantes.

### Source des données

Les données proviennent de la composante longitudinale des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada. L'analyse se fonde sur 3 234 hommes et 3 129 femmes qui, en 1994-1995, avaient 16 ans et plus, travaillaient, jugeaient leur santé bonne, très bonne ou excellente, et chez lesquels aucuns maux de dos chroniques n'avaient été diagnostiqués.

### Techniques d'analyse

Toutes les données analysées ont été pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population du Canada en 1994-1995. Des totalisations croisées non corrigées combinées à la régression logistique multiple ont permis d'étudier le lien entre les caractéristiques des participants à l'enquête en 1994-1995 et le diagnostic subséquent de maux de dos chroniques entre 1994-1995 et 1996-1997.

### Principaux résultats

Plus d'un million de travailleurs canadiens de 16 ans et plus (9 %) ont commencé à souffrir de maux de dos chroniques entre 1994-1995 et 1996-1997. Les blessures au dos, le stress chronique, la dépression et l'appartenance au groupe des 40 à 49 ans sont tous des facteurs associés de façon significative à la manifestation subséquente de maux de dos chroniques.

### Mots-clés

Dorsalgie, incapacité, stress, dépression, stress psychologique, santé au travail.

### Auteur

Claudio E. Pérez (613-951-1733; perecla@statcan.ca) travaille à la Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

A u Canada tout comme dans d'autres pays industrialisés, les maux de dos représentent un important problème de santé<sup>1,2</sup> dont souffriront vraisemblablement quelque 70 % à 85 % des personnes au cours de leur vie. Quoiqu'ils ne soient souvent que de courte durée, les maux de dos (dorsalgie) entraînent parfois un état chronique dont les répercussions peuvent être graves (voir *Vivre aux prises avec des maux de dos chroniques*)<sup>3</sup>.

Outre la douleur et l'incapacité éventuelle, la dorsalgie chronique peut avoir des conséquences financières fâcheuses pour les personnes atteintes, leurs employeurs et les assureurs. En effet, une blessure au dos subie au travail donne fréquemment droit à des indemnités d'invalidité et est une cause importante de perte de temps de travail<sup>1</sup>. De plus, elle a parfois des effets psychologiques tant sur la personne atteinte que sur son entourage<sup>4-6</sup>.

Les maux de dos d'origine professionnelle ont fait l'objet de maintes recherches. Outre les facteurs d'ordre physique, comme l'effort qu'exige la tâche et le temps passé en position assise, les travaux ont porté sur les conditions psychosociales et sur le stress. Les résultats témoignent cependant de divergences marquées qui tiennent en grande partie aux choix des problèmes dorsaux étudiés : problèmes récents

## Méthodologie

### Source des données

Le présent article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada. Lancée en 1994-1995, l'ENSP recueille tous les deux ans des renseignements sur la santé de la population du Canada. Elle couvre la population à domicile et les personnes qui vivent en établissement de santé dans les provinces et les territoires, sauf les personnes vivant dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées. L'ENSP compte une composante transversale et une composante longitudinale. Les personnes qui font partie du panel longitudinal sont suivies pendant une période allant jusqu'à 20 ans.

Les données individuelles sont classées dans deux fichiers, à savoir le Fichier général et le Fichier santé. Le Fichier général rassemble des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Une personne a en outre été sélectionnée au hasard dans chacun de ces ménages pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé. Le Fichier santé comprend les renseignements détaillés sur la santé, ainsi que les données du Fichier général sur les personnes qui ont fourni ces renseignements.

Dans chaque ménage formant la composante longitudinale en 1996-1997, la personne qui a fourni des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé est celle qui a été sélectionnée au hasard à l'occasion du premier cycle (1994-1995) et, en général, celle qui a fourni des renseignements sur tous les membres du ménage pour le Fichier général au moment du deuxième cycle.

La composante des ménages de l'ENSP de 1994-1995 couvrant les 10 provinces portait sur un échantillon de 27 263 ménages, dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. À l'issue d'un tri de sélection visant à s'assurer du caractère représentatif de l'échantillon, 20 725 ménages faisaient encore partie du champ d'observation. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée au hasard avait 12 ans et plus. Parmi ces personnes, 17 626 ont répondu au questionnaire détaillé sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %. De ces 17 626 personnes sélectionnées au hasard, 14 786 remplissaient les conditions pour faire partie du panel longitudinal de l'ENSP, de même que 468 pour lesquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis. En outre, 2 022 des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard remplissaient les conditions pour faire partie du panel. Donc, 17 276 personnes répondaient aux critères pour être réinterviewées lors du cycle de 1996-1997.

En tout, 16 168 membres du panel longitudinal ont participé à l'enquête en 1996-1997, ce qui représente un taux de réponse de 93,6 %. De ces 16 168 personnes, 15 670 ont fourni des renseignements complets, c'est-à-dire des renseignements généraux et des renseignements détaillés sur leur santé aux deux cycles de l'enquête.

Une description plus détaillée du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'interview de l'ENSP figure dans des rapports déjà publiés<sup>7,8</sup>.

L'analyse présentée ici se fonde principalement sur les données longitudinales de la composante des ménages des premier (1994-1995) et deuxième (1996-1997) cycles de l'ENSP couvrant les 10 provinces. Des 15 670 personnes qui ont fourni des renseignements complets, 6 363 (3 234 hommes et 3 129 femmes) qui, en 1994-1995, ont dit ne pas souffrir de maux de dos chroniques, se sont déclarées en bonne, très bonne ou excellente santé, travaillaient et avaient 16 ans et plus ont été retenues pour les analyses dont les résultats sont présentés aux tableaux 1 et 2.

### Techniques d'analyse

Les facteurs qui précèdent le diagnostic de maux de dos chroniques, c'est-à-dire les variables indépendantes, correspondent aux réponses fournies en 1994-1995, tandis que la manifestation ou l'absence de maux de dos chroniques, c'est-à-dire la variable dépendante, correspond aux réponses fournies en 1996-1997 (tableaux A et B en annexe). Pour réduire le risque que des indicateurs psychologiques négatifs résultent d'un mauvais état de santé général ou de maux de dos chroniques qui existaient en 1994-1995, l'analyse s'est limitée aux personnes qui ont jugé leur état de santé général bon, très bon ou excellent et qui n'ont pas fait état de maux de dos chroniques en 1994-1995 (voir *Limites*). (L'inclusion dans le modèle multivarié de tous les membres de l'échantillon, quelle que soit leur réponse à l'autoévaluation de l'état de santé, ne modifie pas la signification des résultats — données non présentées.) L'analyse se limite aux personnes qui travaillaient en 1994-1995; ces personnes pouvaient ou non faire partie de la main-d'oeuvre en 1996-1997.

La totalisation croisée des données du fichier longitudinal a permis d'estimer la proportion de travailleurs canadiens de 16 ans et plus qui étaient en bonne santé en 1994-1995 et chez lesquels des maux de dos chroniques ont été diagnostiqués dans l'intervalle de deux ans entre 1994-1995 et 1996-1997, selon certaines caractéristiques liées ou non au travail (voir *Définitions* à l'*Annexe*). La régression logistique multiple a par ailleurs servi à modéliser l'association entre ces caractéristiques et le diagnostic d'une dorsalgie chronique. Les données sur les hommes et les femmes ont été regroupées afin de maximiser la taille de l'échantillon. Pour la même raison, une catégorie « données manquantes » a été créée pour la plupart des variables indépendantes, mais les rapports de cotes pour cette catégorie ne sont pas présentés dans les tableaux.

Plusieurs variables psychosociales (comme les tensions et contraintes au travail, le stress chronique et le sentiment de contrôle) ont été évaluées selon des échelles dont la limite d'inclusion a été déterminée d'après la distribution pondérée du fichier transversal pertinent (1994-1995 ou 1996-1997, selon la variable), parce que l'échantillon est plus important pour ces fichiers que pour le fichier longitudinal.

Toutes les estimations sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population canadienne en 1994-1995.

Pour tenir compte des effets de la complexité du plan de sondage, les écarts-types et les coefficients de variation ont été calculés selon la méthode *bootstrap*<sup>9</sup>. Les résultats sont dits significatifs s'ils atteignent le niveau de signification de 0,05.

ou récurrents, aigus ou chroniques; troubles dorsaux, dorsolombaires ou musculosquelettiques généraux; douleur; et incapacité.

Certaines des études effectuées ne portent que sur une seule industrie ou profession<sup>2,10-18</sup>, ou uniquement sur l'un des deux sexes<sup>10,19</sup>. D'autres sont

limitées à des personnes d'un âge déterminé<sup>11,20</sup> ou présentant des troubles cliniques particuliers<sup>20-23</sup>. En outre, nombre de recherches ne tiennent aucunement compte de l'intensité de l'effort physique qu'exige la tâche<sup>4,24</sup>, tandis que plusieurs autres sont de nature transversale<sup>10,12,13,22,25-27</sup>.

### Vivre aux prises avec des maux de dos chroniques

La dorsalgie chronique est un état assez courant. D'après les données du cycle de 1996-1997 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), on estime que 3,1 millions de Canadiens adultes, soit 13,6 % de la population de 16 ans et plus, en sont atteints. À bien des égards, la santé des personnes qui souffrent de maux de dos chroniques diffère considérablement de celle des personnes non atteintes. (Cependant, les données ne permettent pas de déterminer si ces différences tiennent à l'existence des maux de dos.)

Une limitation des activités est une restriction (due à une incapacité physique ou mentale ou à un problème de santé chronique) du genre ou du nombre d'activités auxquelles peut s'adonner une personne. Presque 4 personnes sur 10 (39 %) chez lesquelles une dorsalgie chronique a été diagnostiquée disent que leurs activités sont limitées, alors que la proportion est de 13 % pour les personnes qui ne souffrent pas de maux de dos. En outre, une proportion assez faible seulement de personnes présentant des maux de dos chroniques déclarent qu'elles n'éprouvent habituellement aucune douleur ni malaise.

Au cours des deux semaines qui ont précédé l'entrevue de l'ENSP, une proportion nettement plus élevée de personnes atteintes de maux de dos chroniques que de personnes sans ce problème ont dû réduire leurs activités ou s'aliter. Elles font aussi état d'un plus grand nombre de journées d'incapacité durant cette période de deux semaines.

Durant le mois qui a précédé l'entrevue, les personnes souffrant de maux de dos chroniques étaient plus susceptibles que celles sans ce problème de prendre des analgésiques et de la codéine, du Demerol ou de la morphine. L'écart entre les deux groupes est également significatif en ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs.

En outre, les personnes qui souffrent de maux de dos chroniques ont tendance à recourir assez fréquemment aux services de santé. En moyenne, elles consultent plus souvent les médecins, les physiothérapeutes et les chiropraticiens que les personnes qui n'ont pas mal au dos. Et, comparativement à ces dernières, elles sont plus susceptibles de consulter un praticien des médecines douces, de consulter un professionnel de la santé au sujet de leur état mental ou émotionnel ou de recourir à la massothérapie. Par contre, le nombre moyen de journées passées à l'hôpital par les membres des deux groupes au cours de l'année qui a précédé l'entrevue ne diffère pas de façon significative.

### État de santé, utilisation des services de santé et consommation de médicaments, selon le diagnostic de maux de dos chroniques, population à domicile de 16 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1996-1997

	Diagnostic de maux de dos chroniques	
	Oui	Non
<b>Limitation des activités (%)</b>	38,9*	13,1
<b>Habituellement sans douleurs ou malaises (%)</b>	63,3*	90,1
<b>Au cours des deux dernières semaines :</b>		
Réduction des activités (%)	19,8*	8,2
Alitement (%)	9,8*	5,0
Nombre moyen de journées d'incapacité	1,7*	0,6
<b>Au cours du dernier mois :</b>		
Consommation d'analgésiques (%)	75,3*	62,2
Consommation de codéine/Demerol/morphine (%)	9,9*	3,8
Consommation d'antidépresseurs (%)	7,1*	3,1
<b>Au cours de la dernière année :</b>		
Nombre moyen de consultations d'un médecin	6,4*	3,8
Nombre moyen de consultations d'un physiothérapeute	2,8*	0,6
Nombre moyen de consultations d'un chiropraticien	3,5*	0,6
Massothérapie (%)	8,1*	2,5
Consultation d'un professionnel de la santé au sujet de l'état mental/émotionnel (%)	10,5*	5,9
Consultation d'un praticien de la médecine douce† (%)	14,2*	5,6
Nombre moyen de journées d'hospitalisation	1,1	0,7

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1996-1997

**Nota :** Les non-répondants sont inclus dans les dénominateurs des proportions.

† Y compris la massothérapie.

\* Valeur significativement différente de celle observée pour les personnes chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué de maux de dos chroniques.

Tableau 1

Pourcentage de la population de 16 ans et plus occupée en 1994-1995 qui a mentionné le diagnostic de maux de dos chroniques en 1996-1997, selon certaines caractéristiques observées en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Maux de dos chroniques nouvellement diagnostiqués en 1996-1997		Maux de dos chroniques nouvellement diagnostiqués en 1996-1997
	%		%
<b>Total</b>	8,9	<b>Forte menace de perdre son emploi<sup>§</sup></b>	
		Oui	9,8
		Non	8,5
<b>Blessure au dos En 1994-1995</b>		<b>Faible soutien émotionnel au travail<sup>§</sup></b>	
Oui	23,9 <sup>†</sup>	Oui	10,2
Non	8,3	Non	8,3
<b>En 1996-1997</b>		<b>Faible satisfaction professionnelle<sup>§</sup></b>	
Oui	43,3 <sup>†</sup>	Oui	9,7
Non	8,3	Non	8,7
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		<b>Facteurs psychosociaux non liés au travail</b>	
<b>Sexe</b>		<b>Stress personnel intense<sup>§</sup></b>	
Hommes	8,6	Oui	10,3 <sup>†</sup>
Femmes	9,2	Non	8,1
<b>Groupe d'âge</b>		<b>Stress chronique intense<sup>§</sup></b>	
16 à 29 ans	7,8	Oui	11,6 <sup>†</sup>
30 à 39 ans	8,1	Non	7,9
40 à 49 ans	10,1 <sup>†</sup>	<b>Stress familial intense<sup>§</sup></b>	
50 à 59 ans	9,9	Oui	10,0 <sup>†</sup>
60 ans et plus	9,9	Non	8,1
<b>Niveau de scolarité</b>		<b>Faible soutien émotionnel<sup>§</sup></b>	
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	9,8	Oui	10,5
Études postsecondaires partielles	8,7	Non	8,5
Diplôme d'études postsecondaires	7,4	<b>Faible sentiment de contrôle<sup>§</sup></b>	
<b>Catégorie de revenu du ménage<sup>§</sup></b>		Oui	10,0
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	9,0	Non	8,5
Moyenne-supérieure	9,0	<b>Symptômes de dépression<sup>§</sup></b>	
Supérieure	9,1	Oui	14,1 <sup>†</sup>
<b>Caractéristiques de l'emploi</b>		Non	8,5
<b>Effort physique au travail<sup>§</sup></b>		<b>Comportements qui influent sur la santé</b>	
Intense	9,9 <sup>††</sup>	<b>Usage du tabac</b>	
Normal	10,7 <sup>††</sup>	Non-fumeur	8,3
Faible	7,1	Occasionnel	9,0
<b>Profession</b>		Quotidien	10,5 <sup>§§</sup>
Administration	9,3	<b>Consommation d'alcool</b>	
Professionnel	9,0	Non-buveur	9,0
Ventes	7,4	Occasionnelle	8,8
Services	7,8	Régulière	8,9
Col bleu	10,4 <sup>††</sup>	<b>Personne active durant les loisirs<sup>§</sup></b>	
Travail de bureau	7,5	Oui	8,8
<b>Fortes tensions et contraintes au travail<sup>§</sup></b>		Non	8,8
Oui	9,1		
Non	8,5		

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

**Nota :** Sauf pour les « blessures au dos en 1996-1997 », les caractéristiques se rapportent à la situation en 1994-1995. L'analyse se fonde sur 3 234 hommes et 3 129 femmes qui, en 1994-1995, travaillaient, se sont dits en bonne, très bonne ou excellente santé générale et n'ont pas déclaré souffrir de maux de dos chroniques. Les données sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population de 1994-1995.

<sup>†</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour l'absence de la caractéristique ( $p \leq 0,05$ ).

<sup>‡</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le groupe des 16 à 29 ans ( $0,05 < p \leq 0,06$ ).

<sup>§</sup> Le modèle de régression logistique utilisé pour déterminer la signification statistique comprend la catégorie « données manquantes ».

<sup>††</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour l'effort physique faible au travail ( $p \leq 0,05$ ).

<sup>†††</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour le travail de bureau ( $p \leq 0,05$ ).

<sup>§§</sup> Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les non-fumeurs ( $p \leq 0,05$ ).

Puisque ces études ne fournissent pas de renseignements quant à la succession des événements, la nature des associations observées (cause, effet ou manifestation concomitante des troubles dorsaux) s'en trouve d'autant plus difficile à déterminer.

Par conséquent, les résultats peuvent difficilement être généralisés afin de dépister les personnes qui courent le plus grand risque d'être atteintes d'une dorsalgie chronique<sup>3</sup>.

Au moyen des données des premier et deuxième cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), la présente analyse fournit une estimation de l'incidence de la dorsalgie chronique entre 1994-1995 et 1996-1997. Les personnes observées sont celles qui, en 1994-1995, avaient 16 ans et plus, travaillaient, jugeaient leur santé bonne, très bonne ou excellente et ne souffraient pas de maux de dos chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé (voir *Méthodologie* et *Limites*). L'analyse vise à déterminer les personnes les plus à risque de souffrir de maux de dos. Pour ce faire, elle cherche à savoir s'il existe un lien entre un nouveau diagnostic de dorsalgie chronique et les facteurs suivants : les blessures au dos, la profession, l'effort physique au travail, les conditions psychosociales au travail et en dehors de celui-ci, les caractéristiques démographiques et les comportements qui influent sur la santé.

### Un million de nouveaux cas

Selon les estimations, 8,9 % des personnes de 16 ans et plus qui travaillaient en 1994-1995 étaient atteintes de dorsalgie chronique en 1996-1997 (voir *Définitions* à l'*Annexe*), ce qui représente plus d'un million de nouveaux cas. Contrairement aux résultats d'une récente étude britannique<sup>28</sup>, l'incidence sur deux ans de la dorsalgie chronique au Canada est comparable chez les travailleurs de sexe masculin et féminin : 9,2 % et 8,6 %, respectivement (tableau 1). Les maux de dos chroniques semblent en outre toucher davantage les personnes d'âge mûr que les jeunes : l'incidence de tels problèmes est de plus de 10 % chez les travailleurs de 40 à 49 ans, mais inférieure à 8 % chez ceux de 16 à 29 ans. L'incidence sur deux

ans ne varie de façon significative ni selon le niveau de scolarité ni selon le revenu du ménage.

### Importance de la dimension physique

Toute étude des facteurs associés aux maux de dos doit tenir compte de la dimension physique<sup>17,19,29</sup>. À cet égard, une blessure peut parfois aggraver l'événement d'origine qui entraîne un problème chronique ou en être la source. En fait, 43 % des personnes qui travaillaient en 1994-1995 et qui avaient été victimes d'une grave blessure au dos en 1996-1997 ont aussi dit qu'on venait de poser chez elles le diagnostic de dorsalgie chronique. La proportion est plus faible (24 %) mais néanmoins significative pour les travailleurs qui avaient subi une blessure au dos en 1994-1995.

L'effort physique intense peut augmenter le risque de souffrir de maux de dos qui, à leur tour, peuvent devenir chroniques<sup>4</sup>. Parmi les travailleurs qui ont dit en 1994-1995 que leur travail exigeait un effort physique intense ou normal, 10 % et 11 %, respectivement, souffraient de maux de dos chroniques en 1996-1997. Par contre, chez les travailleurs dont l'emploi ne demandait qu'un faible effort physique, la proportion correspondante était de 7 %. Cependant, à l'instar de la plupart des données de l'ENSP, les renseignements sur l'effort physique sont le fruit d'une autoévaluation. Or, pour des tâches similaires, la perception du niveau d'effort peut varier d'une personne à l'autre. Les personnes qui jugent intense l'effort physique qui leur est demandé pourraient être celles qui sont sujettes à la dorsalgie chronique. D'aucuns pensent aussi que les personnes qui éprouvent déjà des maux de dos pourraient surestimer l'effort physique<sup>10</sup> ou faire plus d'efforts que celles qui n'en souffrent pas.

Certaines professions sont bien entendu beaucoup plus exigeantes physiquement<sup>1,2,11</sup>. À cet égard, les données de l'ENSP révèlent que plus de 10 % des personnes qui occupaient un poste de col bleu en 1994-1995 avaient déclaré, en 1996-1997, souffrir de maux de dos chroniques, proportion nettement plus élevée que celle observée pour les employés de bureau (8 %).

## Facteurs de stress au travail

Les maux de dos pourraient être liés à d'autres facteurs que les blessures et l'effort physique<sup>4,5,30,31</sup>. Leur association à diverses variables psychosociales a été maintes fois étudiée au cours des 20 dernières années, en général au moyen de quatre catégories de modèles conceptuels<sup>6</sup> :

- Les demandes psychologiques pourraient accroître la tension musculaire et exacerber les tensions et contraintes liées à la tâche.
- Les demandes psychosociales pourraient influencer la prise de conscience et la déclaration des symptômes musculosquelettiques et (ou) les perceptions quant à leur cause. Cette explication englobe la théorie de l'« incitation perverse », selon laquelle le versement d'indemnités liées à un accident de travail, par exemple, serait une « incitation » à exagérer les symptômes musculosquelettiques déclarés.
- Le premier épisode de douleur consécutive à une blessure physique peut déclencher une dysfonction chronique, tant psychologique que physiologique, du système nerveux qui perpétue la douleur et la rend chronique.
- Dans certaines conditions de travail, la modification des demandes physiques pourrait entraîner une modification des demandes psychologiques, et le sens de l'association pourrait varier.

Toutefois, si certains prétendent que les facteurs psychosociaux en milieu de travail jouent un rôle dans les troubles musculosquelettiques<sup>9,32</sup>, les résultats des travaux de recherche ne sont pas probants<sup>6</sup>. Plusieurs recherches indiquent qu'un faible soutien émotionnel au travail est lié à la manifestation de maux de dos<sup>4,6,12,13,25</sup>, alors qu'il n'en serait rien selon une autre recherche<sup>10</sup>. Les auteurs d'une étude ont observé cette association pour les ouvriers d'usine, mais non pour les employés de bureau<sup>14</sup>. D'autres chercheurs ont noté un lien entre les tensions et contraintes au travail<sup>25</sup> ou leurs diverses composantes (faible discrétion relative à la compétence<sup>33</sup>, faible pouvoir décisionnel<sup>6,12</sup> ou fortes demandes psychologiques<sup>10,12,13,25</sup>) et la lombalgie ou la maladie musculosquelettique. Toutefois, l'une de ces études<sup>25</sup> ne permet de déceler aucun lien significatif entre la latitude de décision et les troubles

musculosquelettiques. Les résultats concernant l'association entre une piètre satisfaction professionnelle et les maux de dos sont également contradictoires<sup>6,13,25,28,32</sup>.

Selon l'ENSP, l'incidence sur deux ans de la dorsalgie chronique chez les travailleurs qui éprouvaient diverses formes de stress au travail en 1994-1995 ne diffère pas de façon significative du taux observé chez les travailleurs qui n'ont pas subi un stress comparable.

## Stress personnel et dépression précèdent la manifestation des maux de dos

Certains facteurs psychologiques et sociaux de nature non professionnelle peuvent aussi jouer un rôle dans la manifestation des maux de dos<sup>3,12,20,24,34</sup>. En effet, selon les données de l'ENSP, plusieurs facteurs psychosociaux sont liés au diagnostic récent d'une dorsalgie chronique chez les personnes qui travaillaient en 1994-1995. Deux ans plus tard, au moins 10 % de celles qui ont été soumises à un stress personnel, chronique ou familial intense souffraient de maux de dos chroniques. Cette proportion est nettement plus forte que celle observée pour les travailleurs soumis à un niveau moins élevé de stress. En revanche, les pourcentages de travailleurs atteints de dorsalgie chronique et chez lesquels le soutien émotionnel ou le sentiment de contrôle est faible ne diffèrent pas de façon significative de ceux observés pour les travailleurs qui ne sont pas dans ces situations.

Selon certains auteurs, la dépression est un prédicteur d'un premier épisode de lombalgie<sup>35</sup> et un prédicteur significatif, mais faible, de la douleur musculosquelettique<sup>36</sup>. Une étude indique que dans environ la moitié des cas de dépression associée à une lombalgie chronique, la manifestation de la dépression précède celle de la douleur, tandis que dans l'autre moitié, elle lui est consécutive<sup>21</sup>. Une autre analyse, qui ne porte que sur des hommes, donne à penser que la dépression suit, mais ne précède pas, la lombalgie chronique<sup>37</sup>.

Selon les données de l'ENSP, il existe un lien entre la dépression et la manifestation subséquente de maux de dos chroniques. Environ 14 % des travailleurs qui ont mentionné des symptômes de

dépression en 1994-1995 souffraient de maux de dos chroniques deux ans plus tard. Cette proportion est nettement plus forte que celle liée aux travailleurs n'éprouvant aucun symptôme de dépression (9 %).

### Mode de vie

L'usage du tabac est la seule caractéristique du mode de vie analysée ici qui semble liée à la manifestation

de maux de dos chroniques. Ainsi, 11 % des fumeurs quotidiens comparativement à 8 % des non-fumeurs ont développé une dorsalgie chronique, résultats dont témoignent d'ailleurs d'autres études<sup>22,25</sup>. En revanche, contrairement à d'autres travaux<sup>3</sup>, la présente analyse ne révèle aucune association significative entre l'incidence sur deux ans de la dorsalgie chronique et la consommation d'alcool ou l'activité physique durant les loisirs.

### Limites

Pour les besoins de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les maux de dos chroniques sont définis comme un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus, qui n'est pas dû à l'arthrite et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Ni la reproductibilité ni l'exactitude des données recueillies selon cette définition n'a été évaluée. De surcroît, comme cela est le cas pour toutes les données autodéclarées, il est impossible de déterminer si le problème mentionné répond à tous les critères établis. (L'autodéclaration peut aussi influencer sur l'exactitude des données recueillies pour d'autres variables, comme l'effort physique au travail<sup>6</sup>.) La sous-déclaration des problèmes de santé (par exemple, si le problème existe mais qu'il n'a pas été diagnostiqué) peut également affaiblir l'association observée. En outre, les conditions de travail déterminées en 1994-1995 pourraient avoir changé en 1996-1997.

Quoique des antécédents de maux de dos représentent un important facteur de risque de développer une dorsalgie chronique, l'ENSP ne fournit aucun renseignement à ce sujet.

Un mal de dos est habituellement considéré comme « chronique » après une certaine période sans rétablissement après l'épisode initial. Un mal de dos dont la guérison est assez rapide ou qui n'évolue pas pour devenir chronique est dit « aigu ». Les facteurs liés à la manifestation d'un mal de dos aigu (facteurs de risque primaires) peuvent différer de ceux liés à la transformation d'un problème aigu en problème chronique (facteurs de risque secondaires)<sup>3,26,34,38,39</sup>.

Par conséquent, le fait d'observer des facteurs de risque au stade prémorbide (en 1994-1995) et d'évaluer le résultat au stade chronique (en 1996-1997) pourrait affaiblir certaines associations et en masquer complètement d'autres. Cette situation expliquerait partiellement pourquoi aucune variable psychosociale liée au travail n'est associée de façon significative à la manifestation d'une dorsalgie chronique. Les facteurs de risque pour lesquels une association statistiquement significative prédomine pourraient être de nature primaire, secondaire ou l'une et l'autre. Ainsi, les symptômes de dépression sont associés à la fois à la manifestation future de maux de dos chroniques et, unidimensionnellement, à

une future blessure au dos, qui, dans certains cas, peut être à l'origine d'une dorsalgie chronique. (Le manque d'association statistique entre une dorsalgie chronique et les variables psychosociales liées au travail reflète peut-être aussi le manque de sensibilité des échelles utilisées pour évaluer ces variables.)

Étant donné les critères de sélection, en principe, la majorité des personnes visées par l'analyse ne souffraient pas de maux de dos chroniques en 1994-1995. Cependant, il se pourrait qu'à ce moment-là une faible proportion d'entre elles aient souffert d'un mal de dos qui est finalement devenu chronique, mais qui n'avait pas encore été diagnostiqué en tant que tel (à condition de s'être déclarées en bonne, très bonne ou excellente santé, ces personnes auront été retenues dans l'échantillon). Chez ces personnes, les facteurs de risque observés pourraient ou non avoir précédé la dorsalgie initiale qui a évolué plus tard vers un état chronique.

Les blessures au dos, l'un des facteurs de risque de maux de dos chroniques, pourraient être sous-déclarées. En effet, ce genre de blessure n'a été mentionné que si la personne interrogée a estimé qu'il s'agissait de la blessure la plus grave subie au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue.

L'ENSP ne fournit aucune donnée sur plusieurs autres variables éventuellement pertinentes, comme l'assurance-incapacité, la gravité des maux de dos et les renseignements cliniques, comme l'existence d'une sciatique ou d'un disque déplacé. Des données permettant de faire la distinction entre les problèmes affectant la partie inférieure ou supérieure du dos seraient également utiles, puisque qu'ils peuvent avoir des causes différentes<sup>6,38</sup>.

L'analyse des données d'enquête ne permet pas d'établir les relations de cause à effet, même si l'on connaît les relations temporelles. Toute mention de « facteur de risque » ou de « prédicteur » s'entend au sens statistique uniquement.

À cause d'un problème concernant l'application d'interview assistée par ordinateur lors du troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux personnes francophones de l'échantillon, situation qui s'est traduite par un taux de non-réponse anormalement élevé pour ces questions.

## Blessures, stress et dépression : des facteurs toujours significatifs

Nombre de facteurs associés aux maux de dos sont, bien entendu, interdépendants. Par exemple, les emplois de col bleu exigent parfois un effort physique relativement intense pouvant entraîner des blessures au dos. En outre, les personnes qui éprouvent diverses formes de stress pourraient être

particulièrement sujettes à la dépression ou encore plus susceptibles de fumer.

Qui plus est, le diagnostic récent de maux de dos chroniques demeure lié de façon significative à une blessure au dos, même si l'on tient compte de l'effet possible de ces interdépendances (tableau 2). Ainsi, comparativement aux travailleurs exempts d'une telle blessure, ceux qui ont été victimes d'une blessure

Tableau 2

Rapports corrigés de cotes pour la déclaration de nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997, population de 16 ans et plus occupée en 1994-1995, selon certaines caractéristiques observées en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
<b>Blessure au dos</b>			<b>Fortes tensions et contraintes au travail<sup>††</sup></b>	1,08	0,79 - 1,47
En 1994-1995	3,22*	2,05 - 5,04	<b>Forte menace de perdre son emploi<sup>††</sup></b>	1,12	0,08 - 1,56
En 1996-1997	8,57*	4,74 - 15,47	<b>Faible soutien émotionnel au travail<sup>††</sup></b>	1,15	0,78 - 1,69
			<b>Faible satisfaction professionnelle<sup>††</sup></b>	0,97	0,59 - 1,58
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>			<b>Facteurs psychosociaux non liés au travail</b>		
<b>Sexe</b>			<b>Stress personnel intense<sup>††</sup></b>	1,10	0,83 - 1,46
Hommes <sup>†</sup>	0,83	0,61 - 1,13	<b>Stress chronique intense<sup>††</sup></b>	1,49*	1,13 - 1,98
Femmes	1,00	...	<b>Stress familial intense<sup>††</sup></b>	1,00	0,78 - 1,29
<b>Groupe d'âge</b>			<b>Faible soutien émotionnel<sup>††</sup></b>	1,16	0,82 - 1,64
16 à 29 ans <sup>§</sup>	1,00	...	<b>Faible sentiment de contrôle<sup>††</sup></b>	0,97	0,71 - 1,33
30 à 39 ans	1,11	0,79 - 1,55	<b>Symptômes de dépression<sup>††</sup></b>	1,66*	1,08 - 2,54
40 à 49 ans	1,44*	1,01 - 2,04			
50 à 59 ans	1,45	0,98 - 2,16	<b>Comportements qui influent sur la santé</b>		
60 ans et plus	1,77 <sup>a</sup>	0,98 - 3,18	<b>Usage du tabac</b>		
<b>Niveau de scolarité</b>			Non-fumeur <sup>§</sup>	1,00	...
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	1,32	0,83 - 2,10	Occasionnel	1,21	0,71 - 2,07
Études postsecondaires partielles	1,17	0,78 - 1,76	Quotidien	1,15	0,88 - 1,50
Diplôme d'études postsecondaires <sup>§</sup>	1,00	...	<b>Consommation d'alcool</b>		
<b>Catégorie de revenu du ménage<sup>†</sup></b>			Non-buveur <sup>§</sup>	1,00	...
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	0,88	0,61 - 1,26	Occasionnelle	0,93	0,64 - 1,35
Moyenne-supérieure	0,96	0,68 - 1,34	Régulière	0,98	0,69 - 1,38
Supérieure <sup>§</sup>	1,00	...	<b>Personne active durant les loisirs<sup>††</sup></b>	1,01	0,76 - 1,34
<b>Facteurs liés à l'emploi</b>					
<b>Effort physique au travail<sup>†</sup></b>					
Intense	1,39 <sup>a</sup>	0,99 - 1,94			
Normal	1,54	0,95 - 2,48			
Faible <sup>§</sup>	1,00	...			
<b>Profession</b>					
Administration	1,34	0,90 - 1,99			
Professionnel	1,25	0,78 - 1,98			
Ventes	0,99	0,59 - 1,66			
Services	0,96	0,60 - 1,55			
Col bleu	1,26	0,82 - 1,94			
Travail de bureau <sup>§</sup>	1,00	...			

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Sauf pour les « blessures au dos en 1996-1997 », les caractéristiques se rapportent à la situation en 1994-1995. L'analyse se fonde sur 6 369 personnes (24 ont été exclues à cause de données manquantes pour les variables explicatives) qui, en 1994-1995, travaillaient, se sont dites en bonne, très bonne ou excellente santé générale, et n'ont pas déclaré souffrir de maux de dos chroniques. Les données sont pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population de 1994-1995.

† La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique.

‡ Afin de maximiser la taille de l'échantillon, on a créé une catégorie « données manquantes » pour cette variable, mais le rapport de cotes n'est pas présenté.

§ Catégorie de référence

... N'ayant pas lieu de figurer

\*  $p < 0,05$

<sup>a</sup>  $0,05 < p \leq 0,06$



au dos en 1994-1995 ou en 1996-1997 ont une cote exprimant le risque de recevoir un diagnostic de dorsalgie chronique respectivement plus de trois et plus de huit fois plus élevée.

Même en tenant compte de l'effet d'une blessure au dos et de celui des autres variables susmentionnées, l'analyse révèle un écart à peu de choses près statistiquement significatif entre les cotes exprimant le risque d'un récent diagnostic de dorsalgie chronique chez les travailleurs dont les tâches exigent respectivement un effort physique intense et faible.

De plus, la cote exprimant le risque de souffrir de maux de dos chroniques est significativement plus élevée pour les travailleurs de 40 à 49 ans que pour ceux de 16 à 29 ans.

Aucun des facteurs de stress liés au travail étudiés ici n'est associé de façon significative à l'incidence des maux de dos chroniques. Par contre, la cote exprimant un tel risque est significative pour deux facteurs psychosociaux non professionnels, à savoir le stress chronique et la dépression. La cote exprimant le risque de souffrir d'une dorsalgie chronique est 1,5 fois plus élevée pour les travailleurs qui sont soumis à un stress chronique intense que pour ceux qui ne le sont pas. De même, la cote exprimant le risque de souffrir de maux de dos chroniques subséquents est 1,7 fois plus élevée pour les travailleurs qui ont éprouvé des symptômes de dépression au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de 1994-1995 que pour ceux qui n'ont pas souffert de dépression.

En tenant compte de l'effet d'autres variables, le diagnostic de dorsalgie chronique n'est en revanche aucunement lié de façon significative tant au stress personnel que familial. Ces formes de stress pourraient être liées au stress chronique et, par conséquent, n'augmenter que faiblement le pouvoir explicatif du modèle. En outre, puisqu'il témoigne de l'insatisfaction à l'égard de soi-même, le stress personnel pourrait également être associé à la dépression.

La cote exprimant le risque que les cols bleus commencent à souffrir de maux de dos chroniques n'est pas significativement plus élevée que celle observée pour les employés de bureau. Aucun lien

n'a en outre été constaté avec l'usage du tabac. Qui plus est, en dépit de l'association déjà observée entre la forte consommation d'alcool et les maux de dos chez l'homme<sup>37</sup>, la présente analyse ne permet de déceler aucun lien entre la dorsalgie chronique et la consommation d'alcool.

### **Mot de la fin**

Plusieurs facteurs sont intrinsèquement liés à un diagnostic de dorsalgie chronique chez les travailleurs. Nombre d'études parues jusqu'ici en témoignent, dont la présente analyse des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Ces facteurs sont les blessures au dos, l'effort physique qu'exige la tâche, la profession, l'âge, les diverses formes de stress, la dépression et l'usage du tabac. Plusieurs de ces liens subsistent, plus particulièrement dans le cas des blessures au dos, et demeurent statistiquement significatifs nonobstant la prise en compte de facteurs multiples. L'effort physique qu'exige la tâche doit en outre faire partie intégrante de toute recherche visant à relier les facteurs psychosociaux à la dorsalgie chronique, même si ce lien ne semble pas tout à fait significatif.

Les maux de dos chroniques et les facteurs psychosociaux — en milieu de travail et en dehors de celui-ci — présentent un lien complexe. À cet égard, l'analyse ne révèle d'association significative entre les facteurs psychosociaux professionnels étudiés et le diagnostic d'une dorsalgie chronique ni avant ni après correction pour tenir compte de l'effet d'autres facteurs explicatifs. Par contre, l'association à la dépression et au stress chronique est significative. Le dépistage des personnes susceptibles de souffrir de dorsalgie chronique doit donc tenir compte de ces deux facteurs, étant donné l'effet indépendant qu'ils semblent avoir sur le diagnostic de ce problème. ●

## Références

1. C. Hagggar-Guénette et J. Proulx, « Les lésions au dos subies au travail, 1982-1990 » *L'emploi et le revenu en perspective*, 4(3), 1992, p. 36-43 (Statistique Canada, n° 75-001-XPB au catalogue).
2. P. Leino, J. Hasan et S.L. Karppi, « Occupational class, physical workload, and musculoskeletal morbidity in the engineering industry », *British Journal of Industrial Medicine*, 45, 1998, p. 672-681.
3. G.B. Andersson, « Epidemiological features of chronic low-back pain », *The Lancet*, 354(9178), 1999, p. 581-585.
4. P.M. Bongers, C.R. de Winter, M.A.J. Kompier *et al.*, « Psychological factors at work and musculoskeletal disease », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 19, 1993, p. 297-312.
5. M.J. Simmonds, S. Kumar et E. Lechelt, « Psychological factors in disabling low back pain: causes or consequences? », *Disability and Rehabilitation*, 18(4), 1996, p. 161-168.
6. *Musculoskeletal Disorders (MSDs) and Workplace Factors: A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremity, and Low Back*, disponible à : <http://www.cdc.gov/niosh/ergtxt7.html> (site Web du National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH] et Centers for Disease Control and Prevention [CDC]), site consulté en août 1999.
7. J.-L. Tamba et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
8. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
9. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association Conference*, Baltimore, Maryland, août 1999.
10. G. Hultman, M. Nordin et H. Saraste, « Physical and psychological workload in men with and without low back pain », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 27(11), 1995, p. 11-17.
11. H. Hemingway, M.J. Shipley et S. Stansfeld, « Sickness, absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers », *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, 1997, p. 121-129.
12. G.K. Ahlberg-Hultén, T. Theorell et F. Sigala « Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 21, 1995, p. 435-439.
13. N. Krause, D.R. Ragland, B.A. Greiner *et al.*, « Psychosocial job factors associated with back and neck pain in public transit operators », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, 1997, p. 179-186.
14. T.L. Symonds, A.K. Burton, K.M. Tillotson *et al.*, « Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? », *Occupational Medicine*, 46(1), 1996, p. 25-32.
15. J. Smedley, H. Inskip, C. Cooper *et al.*, « Natural history of low back pain. A longitudinal study in nurses », *Spine*, 23(22), 1998, p. 2422-2426.
16. J. Smedley, P. Egger, C. Cooper *et al.*, « Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses », *British Medical Journal*, 314(7089), 1997, p. 1225-1228.
17. H. Matsui, A. Maeda, H. Tsuji *et al.*, « Risk indicators of low back pain among workers in Japan. Association of familial and physical factors with low back pain », *Spine*, 22(11), 1997, p. 1242-1247, discussion 1248.
18. W.E. van der Weide, J.H. Verbeek, H.J. Salle *et al.*, « Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 25(1), 1999, p. 50-56.
19. B.C. de Zwart, J.P. Broersen, M.H. Frings-Dresen *et al.*, « Repeated survey on changes in musculoskeletal complaints relative to age and work demands », *Occupational and Environmental Medicine*, 54(11), 1997, p. 793-799.
20. J.M. Sikorski, H.G. Stampfer, R.M. Cole *et al.*, « Psychological aspects of chronic low back pain », *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 66(5), 1996, p. 294-297.
21. P.B. Polatin, R.K. Kinney et R.J. Gatchel, « Psychiatric illness and chronic low-back pain: The mind and the spine—which goes first? », *Spine*, 18(1), 1993, p. 66-71.
22. P.K. Levangie, « Association of low back pain with self-reported risk factors among patients seeking physical therapy services », *Physical Therapy*, 79(8), 1999, p. 757-766.
23. M. Gronblad, E. Jarvinen, O. Airaksinen *et al.*, « Relationship of subjective disability with pain intensity, pain duration, pain location, and work-related factors in nonoperated patients with chronic low back pain », *The Clinical Journal of Pain*, 12(3), 1996, p. 194-200.
24. P.R. Croft, A.C. Papageorgiou, S. Ferry *et al.*, « Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population », *Spine*, 20(24), 1995, p. 2731-2737.
25. A. Toomingas, T. Theorell et H. Michélsen, « Associations between self-rated psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 23, 1997, p. 130-139.
26. E.L. Hurwitz et H. Morgenstern, « Correlates of back problems and back-related disability in the United States », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(6), 1997, p. 669-681.
27. A. Lampe, W. Sollner, M. Krismer *et al.*, « The impact of stressful life events on exacerbation of chronic low-back pain », *Journal of Psychosomatic Research*, 44(5), 1998, p. 555-563.
28. E. Thomas, A.J. Silman, P.R. Croft *et al.*, « Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study », *British Medical Journal*, 318(7199), 1999, p. 1662-1667.
29. G.J. Macfarlane, E. Thomas, P.R. Croft *et al.*, « Predictors of early improvement in low back pain amongst consultants to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors », *Pain*, 80(1-2), 1999, p. 113-119.
30. S. Kumar et A. Mital, « Margin of safety for the human back: a probable consensus based on published studies », *Ergonomics*, 35(7-8), 1992, p. 769-781.

31. C. Leboeuf, « Low back pain », *Journal of Manipulative Physiological Therapeutics*, 14(5), 1991, p. 311-316.
32. A.C. Papageorgiou, G.J. Macfarlane, E. Thomas *et al.*, « Psychosocial factors in the workplace—do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester Back Pain Study », *Spine*, 22(10), 1997, p. 1137-1142.
33. I.L.D. Houtman, P.M. Bongers, P.G.W. Smulders *et al.*, « Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems », *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 20, 1994, p. 139-145.
34. R.J. Gatchel, P.B. Polatin et T.G. Mayer, « The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability », *Spine*, 20(24), 1995, p. 2702-2709.
35. A.F. Mannon, P. Dolan et M.A. Adams, « Psychological questionnaires: Do “abnormal” scores precede or follow first-time low back pain? », *Spine*, 21(22), 1996, p. 2603-2611.
36. A.M. Estlander, E.P. Takala et E. Viikari-Juntura, « Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain? A prospective, two-year follow-up study of a working population », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40(5), 1998, p. 445-453.
37. J.H. Atkinson, M.A. Slater, T.L. Patterson *et al.*, « Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study », *Pain*, 45, 1991, p. 111-121.
38. C. Leboeuf-Yde, J.M. Lauritsen et T. Lauritzen « Why has the search for causes of low back pain largely been nonconclusive? », *Spine*, 22(8), 1997, p. 877-881.
39. G.J. Macfarlane, E. Thomas, A.C. Papageorgiou *et al.*, « Employment and physical work activities as predictors of future low back pain », *Spine*, 22(10), 1997, p. 1143-1149.
40. R.A. Karasek, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 29, 1979, p. 285-308.
41. R.A. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 1990.
42. K. Wilkins et M.P. Beaudet, « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, 10(3), 1999, p. 49-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
43. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
44. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition, Washington, DC, 1989.

## Annexe

### Définitions

Les participants à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) ont été interrogés au sujet de certains problèmes de santé de longue durée qui persistaient depuis au moins six mois ou qui devaient persister au moins six mois et qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Les personnes qui ont répondu « oui » à la question « maux de dos excluant l'arthrite » en 1996-1997 sont considérées comme souffrant d'une *dorsalgie (maux de dos) chronique(s)*.

Les personnes qui ont subi une *blessure au dos* en 1994-1995 ou en 1996-1997 sont celles qui ont déclaré que la blessure la plus grave qu'elles ont subie au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue pertinente était une blessure au dos.

Les personnes *occupées* en 1994-1995 sont celles qui ont travaillé l'année qui a précédé l'entrevue de 1994-1995. Au moment de l'entrevue de 1996-1997, ces personnes pouvaient continuer d'occuper le même emploi, avoir un emploi différent ou ne plus travailler.

L'évaluation des facteurs psychosociaux liés au travail<sup>40-42</sup> a été faite en demandant aux participants à l'ENSP d'attribuer une valeur à chacun des 12 énoncés qui suivent au moyen d'une échelle à cinq points variant de « tout à fait d'accord » (cote de 0) à « entièrement en désaccord » (cote de 4).

- a) Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances (cote inverse).
- b) Votre travail exige un niveau élevé de compétences (cote inverse).
- c) Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler (cote inverse).
- d) Votre travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.
- e) Votre travail est frénétique (cote inverse).
- f) Vous êtes exempt(e) des demandes opposées que font les autres.
- g) Vous avez une bonne sécurité d'emploi.
- h) Votre travail exige beaucoup d'effort physique.
- i) Vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail (cote inverse).
- j) Vous êtes exposé(e) à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (cote inverse).
- k) Votre surveillant facilite l'exécution du travail.
- l) Vos collègues facilitent l'exécution du travail.

Quatre composantes du stress au travail ont été évaluées :

1) Les *tensions et contraintes au travail* sont mesurées par le ratio des demandes psychologiques (éléments e et f) à la latitude de décision. Les éléments de la latitude de décision incluent la discrétion relative à la compétence (a, b et d) et le pouvoir décisionnel (c et i). Afin que les contributions de la latitude de décision et des demandes psychologiques soient égales, on a divisé la somme des cotes des

énoncés relatifs à chacune des deux composantes par 5 et par 2, respectivement. Puis, le calcul du ratio pour les tensions et les contraintes au travail a été fait en divisant la nouvelle cote obtenue pour les demandes psychologiques par celle obtenue pour la latitude de décision. On a considéré comme éprouvant de fortes tensions et contraintes au travail les personnes pour lesquelles la valeur du ratio est égale ou supérieure à 2,5 (valeur la plus proche du 75<sup>e</sup> centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995).

2) La *menace de perdre son emploi* est mesurée au moyen de l'élément g. Les personnes qui ont répondu « en désaccord » ou « entièrement en désaccord » ont été classées dans la catégorie des personnes dont l'emploi est menacé.

3) L'*effort physique* a été évalué au moyen de l'élément h. Les personnes qui ont répondu « entièrement d'accord » ou « d'accord » ont été classées dans la catégorie des personnes soumises à un effort physique intense. Celles qui ont répondu « ni en accord ni en désaccord » ont été considérées comme soumises à un effort physique normal.

4) Le *manque de soutien émotionnel au travail* est mesuré au moyen des éléments j, k et l (une cote élevée indique un faible soutien). On considère comme recevant un *faible soutien émotionnel au travail* les personnes dont la cote totale est égale ou supérieure à 6 (valeur la plus proche du 75<sup>e</sup> centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995).

La *profession* en 1994-1995 a été classée dans les catégories suivantes : administration, professionnel, ventes, services, col bleu ou travail de bureau.

Le *niveau de scolarité* en 1994-1995 a été classé en trois catégories : diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les catégories de *revenu du ménage* en 1994-1995 ont été déterminées d'après le revenu total du ménage et le nombre de personnes qui composent ce dernier :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieure	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyenne-inférieure	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyenne	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyenne-supérieure	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieure	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Les trois premières catégories ont été regroupées pour les besoins de la présente analyse.

Pour évaluer le *stress personnel*, les participants à l'enquête devaient

indiquer si les énoncés qui suivent étaient vrais (cote de 1) ou faux (cote de 0) :

- Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- Vous ressentez trop de pressions pour être comme les autres.
- Les autres attendent trop de votre part.
- Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
- Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Les personnes dont la cote est égale ou supérieure à 2 sont considérées comme subissant un stress personnel intense. Ces cotes correspondent à la partie supérieure au 67<sup>e</sup> centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995. L'estimation de la cohérence interne de cette variable (coefficient alpha de Cronbach) est égale à 0,59.

Pour évaluer le *stress chronique*, les participants à l'enquête devaient indiquer si les énoncés qui suivent étaient vrais (cote de 1) ou faux (cote de 0) :

- Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
- Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
- Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
- L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
- Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
- Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.

Les personnes qui obtiennent une cote égale ou supérieure à 2 sont considérées comme subissant un stress chronique intense. Ces cotes correspondent à la partie supérieure au 74<sup>e</sup> centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995.

Pour évaluer le *stress familial*, les participants à l'enquête devaient indiquer si les énoncés qui suivent étaient vrais (cote de 1) ou faux (cote de 0) :

- Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.
- Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un avec qui vous êtes compatible.
- Un de vos enfants semble être très malheureux.
- Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.

Les cotes varient de 0 à 5 (toutes les questions ne s'appliquent pas à chaque participant à l'enquête). On considère comme étant soumises à un stress familial intense les personnes qui obtiennent une cote au moins égale à 1. Ces cotes correspondent à la partie supérieure au 64<sup>e</sup> centile de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995.

L'indice de l'*autoévaluation du soutien émotionnel* comprend quatre éléments qui indiquent si la personne estime qu'elle a quelqu'un à qui elle peut se confier, quelqu'un sur qui elle peut compter, quelqu'un qui peut lui donner des conseils et quelqu'un qui lui donne le sentiment

d'être aimée. Les cotes peuvent varier de 0 à 4, la perception d'un soutien social étant d'autant plus forte que la cote est élevée. Les personnes obtenant une cote égale ou inférieure à 3 ne bénéficient que d'un faible soutien émotionnel. Les cotes de 0 à 3 représentent 13 % de la distribution pondérée du fichier transversal de 1996-1997. L'estimation de la cohérence interne de cette variable (coefficient alpha de Cronbach) est de 0,73.

La somme des cotes obtenues pour chacun des énoncés qui suivent a permis d'évaluer le *sentiment de contrôle*, sur une échelle à cinq points allant de « tout à fait d'accord » (cote de 0) à « entièrement en désaccord » (cote de 4). La cote globale peut varier de 0 à 28.

- Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.
- Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.
- Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.
- Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.
- Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie.
- Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même (cote inverse).
- Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire (cote inverse).

Les personnes obtenant une cote égale ou inférieure à 16 sont considérées comme éprouvant un faible sentiment de contrôle. Ces cotes représentent 21 % de la distribution pondérée du fichier transversal de 1994-1995. L'estimation de la cohérence interne de cette variable (coefficient alpha de Cronbach) est de 0,76.

Pour déterminer si une personne a vécu un *épisode dépressif majeur* (EDM), le questionnaire de l'ENSP comprend un sous-ensemble de questions de la *Composite International Diagnostic Interview*<sup>43</sup>. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III-R)<sup>44</sup>.

Les numéros des questions correspondent aux numéros des questions de l'ENSP. Trois cheminements sont possibles : « oui » à 2, puis 3 à 13; « non » à 2, « oui » à 16, puis 17 à 26 et « non » à 2 et « non » à 16.

2. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de deux semaines consécutives ou plus? (Oui - passez à 3; non - passez à 16)

16. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de deux semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe-temps ou toute autre chose? (Oui - passez à 17; non - fin)

3./17. Pour les quelques questions suivantes, pensez à la période de deux semaines au cours des 12 derniers mois durant laquelle : 3. ces sentiments ont été les plus forts/17. Vous avez perdu presque tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps ces sentiments/

cette perte d'intérêt duraient-ils/durait-elle généralement? (Toute la journée; presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée)

4./18. Combien de fois avez-vous éprouvé ce sentiment/vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines? (Tous les jours; presque tous les jours; moins souvent)

5. Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? (Oui; non)

6./19. Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? (Oui; non)

7./20. Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? (Pris du poids; perdu du poids, gardé le même poids; suivait un régime)

8./21. Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?

9./22. Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? (Oui; non)

10./23. Combien de fois cela s'est-il produit? (Chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent)

11./24. Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté que d'habitude à vous concentrer? (Oui; non)

12./25. Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments? (Oui; non)

13./26. Avez-vous songé à la mort, soit la vôtre, celle d'une autre personne ou la mort en général? (Oui; non)

Une valeur de 1 a été attribuée à toute réponse « oui » aux questions à réponse oui/non. Pour les questions 8 et 21, une cote de 1 a été donnée si la variation de poids était d'au moins 10 livres (4,5 kilogrammes). Pour les questions 10 et 23, une cote de 1 a été attribuée aux personnes qui ont dit avoir de la difficulté à s'endormir toutes les nuits ou presque toutes les nuits. Celles qui ont répondu « oui » à la question 2 et dont les symptômes duraient toute la journée ou presque toute la journée et se manifestaient tous les jours ou presque tous les jours ont obtenu la cote maximale de 8. Aux personnes qui ont répondu « oui » à la question 16 et dont les symptômes duraient toute la journée ou presque toute la journée et se manifestaient tous les jours ou presque tous les jours, la cote maximale était égale à 7. Les personnes qui ont répondu « non » aux questions 2 et 16 ont obtenu une cote nulle (0).

Pour chaque répondant, la cote calculée d'après les réponses au questionnaire a été transformée en une estimation de la probabilité de constituer un EDM. Pour les besoins de la présente analyse, les personnes dont la cote était égale ou supérieure à 0,5, autrement dit une probabilité égale ou supérieure à 50 % de poser le diagnostic d'un EDM, ont été considérées comme ayant éprouvé des symptômes de dépression. Pour que la probabilité soit égale ou supérieure à 0,5, la personne devait avoir obtenu une cote égale ou supérieure à 3. Les cotes égales ou supérieures à 3 représentent 5 % de la distribution pondérée du fichier transversal de l'ENSP de 1996-1997.

Les catégories d'*usage du tabac* en 1994-1995 sont : non-fumeur, usage occasionnel du tabac ou usage quotidien du tabac.

La *consommation d'alcool* en 1994-1995 a été catégorisée comme suit : non-buveur, consommation occasionnelle (moins d'un verre par mois) ou consommation régulière (au moins un verre par mois). L'adoption d'une autre définition de la consommation régulière d'alcool (au moins un verre par jour) ne modifie pas la signification statistique des résultats.

Le calcul de la cote de dépense d'énergie durant les loisirs en 1994-1995 se fonde sur la déclaration des activités physiques durant les loisirs. L'intervieweur a lu une liste de 20 activités sur laquelle figuraient des sports comme les quilles et le basket-ball et des activités comme le jardinage et la marche. La cote se calcule en considérant la fréquence et la durée des séances d'activité, ainsi que la valeur de la dépense d'énergie métabolique établie pour l'activité. Les personnes qui ont obtenu une cote égale ou supérieure à 2,3 ont été considérées comme *actives durant les loisirs*.

On a posé aux participants à l'enquête des questions sur les limitations dues à l'état de santé qui influent sur les activités quotidiennes. Les personnes qui ont indiqué qu'une incapacité physique ou mentale ou un problème de santé de longue durée (qui persiste depuis au moins six mois ou qui devrait persister au moins six mois) limitait d'une façon quelconque le genre ou le nombre d'activités qu'elles exercent à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités comme les loisirs ou le déplacement entre la maison et le lieu de travail ou qui ont dit souffrir d'une incapacité ou d'un handicap de longue durée ont été considérées comme présentant une *limitation des activités*.

Un certain nombre de questions visaient à évaluer la santé des personnes interrogées « au cours des deux dernières semaines ». Ces personnes devaient préciser si elles avaient été « alitées à cause d'une maladie ou d'une blessure ou si elles avaient passé une nuit comme patient(e) à l'hôpital ». On leur a aussi demandé si elles ont dû se limiter dans leurs activités habituelles à cause d'une maladie ou d'une blessure. Pour déterminer le nombre de journées d'incapacité au cours des deux dernières semaines, les réponses aux questions

suivantes ont été regroupées : « Combien de jours [au cours des deux dernières semaines] avez-vous été alité(e) toute une journée ou presque? » et « Combien de jours [au cours des deux dernières semaines] a-t-il fallu que vous vous limitiez dans vos activités pour toute une journée ou presque? »

La question suivante a en outre été posée : « Au cours du dernier mois, avez-vous pris l'un des médicaments suivants? Puis, une liste de médicaments a été lue sur laquelle figurent les analgésiques, tels que l'aspirine ou le Tylenol (y compris les médicaments contre l'arthrite et les anti-inflammatoires), les antidépresseurs et la codéine, le Demerol ou la morphine.

La question suivante a servi à déterminer le nombre de consultations d'un professionnel de la santé : « Sans compter les séjours dans un établissement de santé, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone [lisez la catégorie] pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux? » En plus des catégories « médecin de famille » ou « médecin omnipraticien » et « autre médecin » (par exemple, chirurgien, allergologue, gynécologue ou psychiatre), les catégories lues incluaient les chiropraticiens et les physiothérapeutes. Pour déterminer le nombre de consultations d'un médecin, on a regroupé les réponses recueillies pour le médecin de famille, le médecin omnipraticien et les autres médecins (par exemple, chirurgien, allergologue, gynécologue ou psychiatre).

On a aussi demandé : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu ou consulté par téléphone un intervenant en médecine douce, comme un acupuncteur, un homéopathe ou un massothérapeute, pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux? » Aux personnes qui ont répondu « oui », on a demandé « Quel genre d'intervenant avez-vous vu ou consulté? » L'intervieweur n'a pas lu à haute voix la liste des catégories, mais a coché toutes les réponses pertinentes. La liste comptait la catégorie « massothérapeute ».

Enfin, la question suivante a été posée : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale? »

Tableau A

Répartition de certaines caractéristiques de la population occupée de 16 ans et plus qui a déclaré ne pas souffrir de maux de dos chroniques et être en bonne, très bonne ou excellente santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Taille de l'échantillon	Population estimative			Taille de l'échantillon	Population estimative	
		en milliers	%			en milliers	%
<b>Total</b>	6 363	11 831,2	100,0				
<b>Nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997</b>	566	1 052,8	8,9				
<b>Blessure au dos en 1994-1995</b>							
Oui	216	438,2	3,7				
Non	6 146	11 391,2	96,3				
Données manquantes	1	1,8	--				
<b>Sexe</b>							
Hommes	3 234	6 499,1	54,9				
Femmes	3 129	5 332,1	45,1				
<b>Âge</b>							
16 à 29 ans	1 601	3 041,4	25,7				
30 à 39 ans	1 892	3 577,3	30,2				
40 à 49 ans	1 510	2 866,9	24,2				
50 à 59 ans	948	1 708,4	14,4				
60 ans et plus	412	637,2	5,4				
<b>Niveau de scolarité</b>							
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	2 335	4 213,5	35,7				
Études postsecondaires partielles	2 940	5 449,2	46,1				
Diplôme d'études postsecondaires	1 080	2 153,5	18,2				
Données manquantes	8	15,0	0,1				
<b>Catégorie de revenu du ménage</b>							
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	2 486	4 202,7	35,5				
Moyenne-supérieure	2 614	4 774,5	40,4				
Supérieure	1 028	2 312,5	19,5				
Données manquantes	235	541,4	4,6				
<b>Effort physique au travail</b>							
Intense	2 379	4 224,5	35,7				
Normal	470	865,1	7,3				
Faible	2 299	4 298,1	36,3				
Données manquantes†	1 215	2 443,5	20,7				
<b>Profession</b>							
Administration	805	1 585,7	13,4				
Professionnel	1 202	2 186,7	18,5				
Ventes	542	1 037,5	8,8				
Services	983	1 777,4	15,0				
Col bleu	1 814	3 424,9	28,9				
Travail de bureau	980	1 758,4	14,9				
<b>Fortes tensions et contraintes au travail</b>							
Oui	1 375	2 566,6	21,7				
Non	3 742	6 745,5	57,0				
Données manquantes†	1 246	2 519,1	21,3				
<b>Forte menace de perdre son emploi</b>							
Oui	982	1 805,2	15,3				
Non	4 166	7 582,5	64,1				
Données manquantes†	1 215	2 443,5	20,7				
				<b>Faible soutien émotionnel au travail</b>			
				Oui	971	1 827,0	15,4
				Non	4 177	7 560,7	63,9
				Données manquantes†	1 215	2 443,5	20,7
				<b>Faible satisfaction professionnelle</b>			
				Oui	414	811,8	6,9
				Non	4 764	8 694,7	73,5
				Données manquantes†	1 185	2 324,8	19,6
				<b>Stress personnel intense</b>			
				Oui	1 946	3 673,9	31,1
				Non	3 931	7 051,0	59,6
				Données manquantes	486	1 106,3	9,4
				<b>Stress chronique intense</b>			
				Oui	1 480	2 687,6	22,7
				Non	4 397	8 037,3	67,9
				Données manquantes	486	1 106,3	9,4
				<b>Stress familial intense</b>			
				Oui	2 267	4 089,0	34,6
				Non	3 846	7 160,1	60,5
				Données manquantes	250	582,2	4,9
				<b>Faible soutien émotionnel</b>			
				Oui	839	1 634,9	13,8
				Non	5 236	9 555,7	80,8
				Données manquantes	288	640,6	5,4
				<b>Faible sentiment de contrôle</b>			
				Oui	998	1 818,9	15,4
				Non	5 087	9 366,2	79,2
				Données manquantes	278	646,1	5,5
				<b>Symptômes de dépression</b>			
				Oui	402	666,6	5,6
				Non	5 680	10 517,0	88,9
				Données manquantes	281	647,6	5,5
				<b>Usage du tabac</b>			
				Non-fumeur	4 367	8 222,4	69,6
				Occasionnel	245	532,8	4,5
				Quotidien	1 740	3 058,2	25,9
				Données manquantes	11	17,8	0,2
				<b>Consommation d'alcool</b>			
				Non-buveur	951	1 776,8	15,0
				Occasionnelle	4 116	2 247,7	19,0
				Régulière	1 290	7 795,2	66,0
				Données manquantes	6	11,4	0,1
				<b>Personne active durant les loisirs</b>			
				Oui	1 568	2 936,8	24,8
				Non	4 544	8 317,3	70,3
				Données manquantes	251	577,1	4,9

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

Nota : Sauf pour les « nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997 », les caractéristiques se rapportent à la situation en 1994-1995. Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† À cause d'un problème concernant l'application d'interview assistée par ordinateur lors du troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux personnes francophones de l'échantillon, situation qui s'est traduite par un taux de non-réponse anormalement élevé pour ces questions.

-- Nombres infimes

Tableau B

Répartition de certaines caractéristiques en 1994-1995, selon le diagnostic de nouveaux maux de dos chroniques en 1996-1997, population occupée de 16 ans et plus qui s'est dite être en bonne, très bonne ou excellente santé en 1994-1995, Canada, territoires non compris

	Diagnostic de maux de dos chroniques en 1996-1997		Diagnostic de maux de dos chroniques en 1996-1997	
	Oui	Non	Oui	Non
	%	%	%	%
<b>Blessure au dos en 1994-1995</b>				
Oui	10,0	3,1		
Non	90,0	96,9		
<b>Sexe</b>				
Hommes	53,3	55,1		
Femmes	46,7	44,9		
<b>Âge</b>				
16 à 29 ans	22,6	26,0		
30 à 39 ans	27,7	30,5		
40 à 49 ans	27,6	23,9		
50 à 59 ans	16,1	14,3		
60 ans et plus	6,0	5,3		
<b>Niveau de scolarité</b>				
Diplôme d'études secondaires ou scolarité moindre	39,3	35,3		
Études postsecondaires partielles	45,4	46,2		
Diplôme d'études postsecondaires	15,2	18,5		
Données manquantes	0,6	0,1		
<b>Catégorie de revenu du ménage</b>				
Inférieure, moyenne-inférieure, moyenne	36,0	35,5		
Moyenne-supérieure	40,9	40,3		
Supérieure	19,9	19,5		
Données manquantes	3,3	4,7		
<b>Effort physique au travail</b>				
Intense	39,9	35,3		
Normal	8,8	7,2		
Faible	29,0	37,0		
Données manquantes†	22,3	20,5		
<b>Profession</b>				
Administration	14,1	13,3		
Professionnel	18,8	18,5		
Ventes	7,3	8,9		
Services	13,1	15,2		
Col bleu	33,8	28,5		
Travail de bureau	12,5	15,1		
<b>Fortes tensions et contraintes au travail</b>				
Oui	22,3	21,6		
Non	54,7	57,2		
Données manquantes†	23,0	21,1		
<b>Forte menace de perdre son emploi</b>				
Oui	16,8	15,1		
Non	61,0	64,4		
Données manquantes†	22,3	20,5		
<b>Faible soutien émotionnel au travail</b>				
Oui	17,8	15,2		
Non	59,9	64,3		
Données manquantes†	22,3	20,5		
<b>Faible satisfaction professionnelle</b>				
Oui			7,5	6,8
Non			72,2	73,6
Données manquantes†			20,3	19,6
<b>Stress personnel intense</b>				
Oui			35,9	30,6
Non			54,1	60,1
Données manquantes			10,0	9,3
<b>Stress chronique intense</b>				
Oui			29,7	22,0
Non			60,3	68,7
Données manquantes			10,0	9,3
<b>Stress familial intense</b>				
Oui			38,8	34,2
Non			55,3	61,0
Données manquantes			5,9	4,8
<b>Faible soutien émotionnel</b>				
Oui			16,3	13,6
Non			77,0	81,1
Données manquantes			6,7	5,3
<b>Faible sentiment de contrôle</b>				
Oui			17,4	15,2
Non			75,4	79,5
Données manquantes			7,2	5,3
<b>Symptômes de dépression</b>				
Oui			8,9	5,3
Non			84,7	89,3
Données manquantes			6,4	5,4
<b>Usage du tabac</b>				
Non-fumeur			64,8	70,1
Occasionnel			4,6	4,5
Quotidien			30,6	25,4
Données manquantes			0,2	0,1
<b>Consommation d'alcool</b>				
Non-buveur			15,2	15,0
Occasionnelle			18,9	19,0
Régulière			65,9	66,0
Données manquantes			0,5	0,1
<b>Personne active durant les loisirs</b>				
Oui			24,7	24,8
Non			69,7	70,4
Données manquantes			5,6	4,8

**Source des données :** Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, Fichier santé, 1994-1995 et 1996-1997

**Nota :** Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† À cause d'un problème concernant l'application d'interview assistée par ordinateur lors du troisième trimestre de la collecte des données de 1994-1995, les questions sur le stress au travail n'ont pas été posées aux personnes francophones de l'échantillon, situation qui s'est traduite par un taux de non-réponse anormalement élevé pour ces questions.