Renée Bourbonnais, Chantal Brisson, Guylaine Dion
Chercheuses, Université Laval

Michel Vézina
Chercheur, Direction de la santé publique, Régie régionale de Québec

(1995)

“Autonomie décisionnelle au travail”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Renée Bourbonnais, Chantal Brisson, Guylaine Dion et Michel Vézina

“Autonomie décisionnelle au travail”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 9, pp. 153-164. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

[Au nom de l’Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d’auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5’’ x 11’’)

Édition numérique réalisée le 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Renée Bourbonnais, Chantal Brisson, Guylaine Dion
[Chercheuses, Université Laval]
Michel Vézina
[Chercheur, Direction de la santé publique, Régie régionale de Québec]

“Autonomie décisionnelle au travail”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 9, pp. 153-164. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

Table des matières

- 9.0 [Introduction](#)
- 9.1 [Aspects méthodologiques](#)
- 9.2 [Résultats](#)
 - 9.2.1 [Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques](#)
 - 9.2.2 [Variations selon certains autres déterminants](#)
- 9.3 [Conclusions](#)
 - 9.3.1 [Synthèse et pistes de recherche](#)
 - 9.3.2 [Éléments de réflexion pour la planification](#)
- 9.4 [Références bibliographiques](#)

Renée Bourbonnais, Chantal Brisson, Guylaine Dion et Michel Vézina

“Autonomie décisionnelle au travail”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 9, pp. 153-164. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

9.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Le sentiment d'impuissance ou de privation d'emprise sur sa destinée (*powerlessness*) constitue un facteur de risque pour la santé, tandis que l'habilitation (*empowerment*) peut être un facteur important de promotion de la santé (Wallerstein, 1992). L'autonomie décisionnelle au travail représente un des aspects associés au sentiment d'emprise.

L'autonomie décisionnelle au travail concerne deux aspects de la vie professionnelle. Elle porte d'abord sur l'autorité décisionnelle, soit la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent, puis sur la capacité d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles (Karasek et Theorell, 1990). L'autonomie décisionnelle au travail est ainsi directement associée au continuum impuissance-puissance avec lequel une personne doit composer à son travail.

Des études longitudinales ont démontré que les personnes ayant un faible niveau d'autonomie dans l'exécution de leur travail et devant répondre à une demande psychologique élevée deviennent de plus en

plus passives dans leur participation à des activités sociales, politiques ou de loisir (Karasek, 1976). A l'inverse, les personnes ayant un travail qui les engage activement ont également une vie sociale active, quelle que soit leur classe sociale (Karasek et Theorell, 1990). Les résultats de ces recherches contredisent une idée répandue au sujet du travail morcelé, selon laquelle l'individu pourrait compenser un travail ennuyant et monotone par des activités riches et stimulantes durant ses temps libres. La diminution des loisirs sociaux et le désengagement de la vie sociale pourraient également entraîner une baisse du soutien social, qui est un déterminant de la santé.

D'autres études démontrent que les travailleurs ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail déclarent plus de symptômes d'anxiété ou de dépression que les autres travailleurs (Karasek et Theorell, 1990 ; Nadeau *et al.*, 1990 ; Sauter *et al.*, 1989 ; Vinet *et al.*, 1986 ; Gardell, 1981).

Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que les personnes ayant une faible autonomie décisionnelle au travail et devant répondre à une demande psychologique élevée ont un risque accru de maladie coronarienne ou d'élévation de la tension artérielle, un facteur de risque des maladies cardio-vasculaires (Schnall *et al.*, 1994). Trois mécanismes biologiques ont été suggérés pour expliquer le lien entre les contraintes psychosociales du travail et les maladies cardio-vasculaires : l'augmentation de certains facteurs de risque tels que le cholestérol sérique ou le tabagisme, l'effet sur la coagulation et l'activité accrue du système neuro-humoral adrénergique. Chez les femmes, ces relations ont été peu étudiées.

La Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992) prévoit, dans les stratégies proposées, soutenir le milieu de travail par des actions favorisant une organisation du travail propice à la participation des travailleurs et des travailleuses à la prise de décision. La présente enquête pose un nouveau jalon par la mesure de l'autonomie décisionnelle au travail de la population québécoise.

L'étude de l'autonomie décisionnelle au travail dans l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 touche une population importante répartie dans des milieux de travail diversifiés couvrant tous les secteurs de l'économie et tous les types d'emplois. Cela constitue une première au Canada. Ces données permettent d'examiner les différences entre les hommes et les femmes selon le niveau d'autonomie décisionnelle au travail ainsi que les différences reliées à l'âge, à la scolarité et à la catégorie professionnelle. Elles permettent également de mesurer le lien entre l'autonomie décisionnelle au travail et certains déterminants de la santé, soit le tabagisme, la consommation d'alcool, la pratique d'activités physiques, la satisfaction quant à la vie sociale et le soutien social.

9.1 Aspects méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

L'autonomie décisionnelle au travail est mesurée par neuf questions (QAA196 à QAA200, QAA202 à QAA205). Ces questions proviennent du *Job Content Questionnaire (JCQ)* (Karasek, 1985) qui a été conçu à partir de questions issues de l'enquête *The U.S. Quality of Employment Surveys (QES)* (Quinn et Staines, 1979). Les qualités psychométriques de la version initiale et de la version actuelle de neuf items du questionnaire ont été validées à l'aide d'échantillons représentatifs de la population américaine (Karasek et Theorell, 1990 ; Karasek *et al.*, 1983) et auprès de travailleurs québécois (Dion *et al.* ; Brisson *et al.*, 1992). Les questions permettent d'évaluer deux dimensions centrales, soit l'autorité décisionnelle au travail (QAA200, QAA202, QAA204) et l'utilisation des qualifications (QAA196 à QAA199, QAA203, QAA205). Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord avec chacune des questions sur une échelle à quatre niveaux.

L'indice d'autonomie décisionnelle au travail a été élaboré à partir de l'addition de l'ensemble des réponses aux questions en inversant préalablement la question QAA199 et en accordant un poids équivalent aux deux dimensions d'autonomie décisionnelle.¹ Le minimum de l'indice d'autonomie décisionnelle est 24 et le maximum est 96. En se basant sur le score médian de l'ensemble des répondants à ces questions, les sujets sont par la suite classés selon deux catégories : un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail pour ceux ayant un score inférieur ou égal à 74 ; un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail pour les sujets ayant un score supérieur à 74.

La présente section ne concerne que la population de 15 ans et plus qui occupait un emploi au moment de l'enquête. Parmi les personnes de 15 ans et plus, 54% ont été considérées par le répondant du ménage comme occupant un emploi lors de l'entrevue (QR1146).

Le taux de non-réponse partielle à la section XII du questionnaire autoadministré comportant les questions sur l'autonomie décisionnelle au travail est de 12%. Le profil des non-répondants aux questions sur l'autonomie décisionnelle au travail diffère significativement de celui des répondants sur le plan de l'âge, de la scolarité et de la catégorie professionnelle (tableau A.9.1). Les personnes de 15-24 ans et de 45 ans et plus sont moins disposées à répondre que les personnes de 25-44 ans (18% et 17% c. 8%) ; il en est de même pour les personnes moins scolarisées (scolarité plus faible, faible ou moyenne) par rapport aux personnes dont la scolarité est élevée (15% c. 8%). Sont également moins disposés à répondre les employés de bureau, de commerce et des services, les contremaîtres et les ouvriers qualifiés, de même que les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres par rapport aux cadres intermédiaires, aux semi- professionnels et techniciens ou aux professionnels et cadres supérieurs (14% c. 7%).

¹ Voir le cahier technique de l'enquête pour plus de détails sur l'élaboration de l'indice.

L'autonomie décisionnelle au travail est examinée selon certaines caractéristiques démographiques, socio-économiques et professionnelles, de même que selon certains autres déterminants de la santé. À l'exception des variables ayant trait aux déterminants de la santé, où l'analyse tient compte des catégories faible et élevée de l'autonomie décisionnelle au travail, seule la catégorie faible est retenue aux fins de l'analyse pour toutes les autres variables.

9.2 Résultats

9.2.1 Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques

[Retour à la table des matières](#)

Plus de femmes que d'hommes ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle dans leur travail (57% c. 46%), quels que soient l'âge, la scolarité ou la catégorie professionnelle (tableau 9.1).

La proportion de personnes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail diminue avec l'âge. Chez les hommes, 69% des 15-24 ans ont un niveau faible d'autonomie, comparativement à 46% chez les hommes de 25-44 ans et à 38% chez ceux de 45 ans et plus. On observe la même tendance chez les femmes, où 74% des jeunes, 57% des femmes de 25-44 ans et 49% de celles de 45 ans et plus ont un faible niveau d'autonomie, bien que la différence entre ces deux derniers groupes d'âge ne soit pas significative. La proportion de femmes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail est plus importante que chez les hommes dans tous les groupes d'âge, à l'exception de celui des 15-24 ans, chez qui on observe la même ten-

dance, sans toutefois que la différence entre les femmes et les hommes soit significative.

Tableau 9.1

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

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Niveau d'autonomie faible	
	%	Pe
Hommes		
15-24 ans	68,7	106 521
25-44 ans	46,2	425 584
45 ans et plus	37,5	169 898
Total	45,9	702 003
Femmes		
15-24 ans	73,7	110 550
25-44 ans	57,2	410 986
45 ans et plus	49,1	142 841
Total	57,3	664 377
Sexes réunis		
15-24 ans	71,2	217 071
25 44 ans	51,0	836 570
45 ans et plus	42,1	312 739
Total	50,8	1 366 380

L'autonomie décisionnelle au travail est associée au niveau de scolarité. Ainsi, 54% et 53% des hommes ayant respectivement une scolarité plus faible et faible ont également un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail, contre seulement 31% des hommes dont la scolarité est plus élevée (graphique 9. 1). Cette relation est aussi présente chez les femmes, où les proportions sont respectivement de 66% et de 70% chez les moins scolarisées, contre 43% chez les plus scolarisées. La proportion de femmes ayant un faible niveau d'autonomie est significativement plus importante que chez les hommes, à tous les

niveaux de scolarité, à l'exception du plus faible niveau et du niveau moyen, bien que les mêmes tendances se dégagent.

Graphique 9.1

Faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la scolarité relative, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

L'autonomie décisionnelle au travail varie selon la catégorie professionnelle tant chez les hommes que chez les femmes. Environ deux fois plus d'ouvriers non qualifiés et de manoeuvres que de professionnels et de cadres supérieurs ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail (graphique 9.2). Il y a significativement plus de femmes que d'hommes ayant un faible niveau d'autonomie tant chez les cadres intermédiaires, les semi-professionnels et les techniciens que chez les employés de bureau, de commerce et des services, et chez les contremaîtres et ouvriers qualifiés ; chez les professionnels et

les cadres supérieurs, ainsi que chez les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres, cette tendance se maintient, mais n'est pas significative.

Graphique 9.2

Faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la catégorie professionnelle, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

9.2.2 Variations selon certains autres déterminants

[Retour à la table des matières](#)

Le tabagisme et la consommation d'alcool ne sont pas associés de façon significative à l'autonomie décisionnelle au travail, tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion d'hommes fumant régulièrement la cigarette est de 32% chez ceux ayant un faible niveau d'autonomie et de 29% chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie

(tableau 9.2). La proportion d'hommes n'ayant jamais fumé ou ayant arrêté de fumer est de 64% chez ceux ayant un faible niveau d'autonomie et de 68% chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 66% et de 67%. La proportion d'hommes ayant pris sept consommations d'alcool et plus durant les sept jours ayant précédé l'enquête n'est pas plus élevée chez ceux ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail (34%) que chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie (34%) (tableau 9.3). Chez les femmes, il n'y a également pas de différence observable en fonction du niveau d'autonomie (15% c. 16%).

Tableau 9.2

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et le type de fumeur,
population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Types de fumeurs	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
Non-fumeurs ¹	67,9	64,0
Fumeurs occasionnels	3,2	3,7
Fumeurs réguliers	28,8	32,2
Femmes		
Non-fumeuses ¹	66,6	65,7
Fumeuses occasionnelles	4,7	3,6
Fumeuses régulières	28,7	30,7
Sexes réunis		
Non-fumeurs ¹	67,4	64,9
Fumeurs occasionnels	3,8	3,7
Fumeurs réguliers	28,8	31,5

- 1 Cette catégorie comprend les personnes n'ayant jamais fumé et les anciens fumeurs.

Tableau 9.3

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la consommation hebdomadaire d'alcool, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Consommation hebdomadaire d'alcool	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
0 consommation	23,4	30,2
1-6 consommations	42,4	36,2
7 consommations et plus	34,2	33,6
Femmes		
0 consommation	35,2	40,3
1-6 consommations	48,8	44,5
7 consommations et plus	16,1	15,3
Sexes réunis		
0 consommation	27,7	35,0
1-6 consommations	44,7	40,2
7 consommations et plus	27,5	24,9

- 1 Cette catégorie comprend les personnes n'ayant jamais fumé et les anciens fumeurs.

La pratique d'activités physiques de loisir n'est pas associée au niveau d'autonomie décisionnelle au travail chez les hommes. Toutefois, on observe un lien significatif chez les femmes (tableau 9.4). Ainsi, 16% des femmes ayant un faible niveau d'autonomie sont physiquement actives durant leur temps de loisir (trois fois par semaine et plus), alors que cette proportion est de 21% chez celles qui ont un niveau élevé d'autonomie.

Tableau 9.4

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'activité physique de loisir,
population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Activité physique de loisir	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
0-2 fois/semaine	77,0	78,2
3 fois/semaine et plus	23,1	21,8
Femmes		
0-2 fois/semaine	79,3	84,1
3 fois/semaine et plus	20,7	15,9
Sexes réunis		
0-2 fois/semaine	77,8	81,1
3 fois/semaine et plus	22,2	18,9

La satisfaction quant à la vie sociale est associée à l'autonomie décisionnelle au travail, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 9.5). Les personnes des deux sexes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail, sont proportionnellement moins nombreuses à se dire très satisfaites de leur vie sociale (28% et 26%) que ceux et celles ayant un niveau élevé d'autonomie décisionnelle (36% et 35%).

L'indice de soutien social est également associé à l'autonomie décisionnelle au travail. Chez les hommes ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle, 24% présentent également un faible niveau de soutien social comparativement à 18% chez ceux ayant un niveau élevé d'autonomie (tableau 9.6). Chez les femmes, la tendance va dans le même sens, mais la différence est plus faible (17% et 14%) et n'est pas significative.

Tableau 9.5

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et la satisfaction quant à la vie sociale, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Niveau de satisfaction	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
Très satisfaits	35,6	27,6
Plutôt satisfaits	56,8	61,3
Non satisfaits	7,6	11,1
Femmes		
Très satisfaites	35,2	25,5
Plutôt satisfaites	54,0	62,0
Non satisfaites	10,8	12,4
Sexes réunis		
Très satisfaits	35,5	26,6
Plutôt satisfaits	55,7	61,7
Non satisfaits	8,8	11,7

Tableau 9.6

Autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus occupant un emploi, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Indice de soutien social	Niveau d'autonomie	
	Élevé %	Faible %
Hommes		
Faible	17,6	23,5
Élevé	82,4	76,5
Femmes		
Faible	14,4	17,2
Élevé	85,6	82,8
Sexes réunis		
Faible	16,4	20,4
Élevé	83,6	79,6

9.3 Conclusions

9.3.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Les résultats indiquent que certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques sont associées à l'autonomie décisionnelle au travail, soit le sexe, l'âge et la scolarité. Les individus présentant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail sont ici les femmes, les personnes âgées de 15 à 24 ans et les personnes les moins scolarisées. La catégorie professionnelle est également associée à l'autonomie décisionnelle au travail. À cet égard, les ouvriers non qualifiés et les manoeuvres ont proportionnellement moins d'autonomie décision-

nelle au travail que les professionnels et les cadres supérieurs, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les données recueillies auprès des travailleurs québécois ne suggèrent pas de lien entre l'autonomie décisionnelle au travail et le tabagisme ou la consommation d'alcool. Par ailleurs, un niveau élevé d'autonomie décisionnelle au travail est associé à la pratique fréquente d'activités physiques de loisir, mais chez les femmes seulement. Enfin, les résultats de l'enquête montrent que les Québécois ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail sont proportionnellement plus nombreux à présenter un faible niveau de soutien social et à être moins satisfaits de leur vie sociale.

Ces résultats montrant qu'un faible niveau d'autonomie décisionnelle est associé aux caractéristiques d'âge, de sexe, de scolarité ou de catégorie professionnelle concordent avec ceux d'études antérieures (Dion et al. ; Karasek et Theorell, 1990 ; Hall, 1989 ; Braun et Hollander, 1988 ; Karasek et al., 1981). Cependant, à l'exception de la pratique d'activités physiques de loisir chez les femmes, on ne discerne aucune association entre l'adoption de certains comportements et le niveau d'autonomie décisionnelle au travail. De telles relations ont été rarement étudiées, et celles qui l'ont été sont difficilement comparables avec les données de la présente enquête, en raison principalement des définitions utilisées pour décrire soit la variable d'analyse, soit le comportement évalué (Schnalletal., 1994 ; House et al., 1988 ; O'Connell et Price, 1982 ; Karasek, 1976).

Il est par ailleurs possible qu'on ait sous-estimé la proportion de personnes ayant un niveau faible d'autonomie décisionnelle au travail. Les non-répondants, qui totalisent 12% de la population de 15 ans et plus occupant un emploi, sont plus souvent âgés de 15 à 24 ans ou ont 45 ans et plus, sont moins scolarisés et occupent un emploi moins spécialisé que les répondants. Or, à l'exception des personnes de 45 ans et plus, les données de l'enquête montrent qu'une proportion plus

importante de personnes ayant ces caractéristiques ont un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail.

Des analyses supplémentaires pourraient permettre d'évaluer le lien entre l'autonomie décisionnelle au travail et certains déterminants sociaux de la santé. Les résultats observés soutiennent la tenue d'études longitudinales qui viseraient à mettre en évidence les liens entre l'autonomie décisionnelle au travail et plus précisément la pratique d'activités physiques de loisir, le niveau de soutien social et la satisfaction quant à la vie sociale. La confirmation de ces associations par des données longitudinales, tout en tenant compte du niveau socio-économique, apporterait un appui majeur à l'hypothèse de causalité que celles-ci suggèrent.

9.3.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

À l'heure où le ministère de la Santé et des Services sociaux est à appliquer une politique de la santé et du bien-être dans toutes les régions du Québec, les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 sur l'autonomie décisionnelle au travail apportent un certain éclairage au regard de l'atteinte de quelques objectifs prioritaires, tels que la diminution des problèmes de santé mentale et la réduction de la mortalité par maladies cardio-vasculaires. Les stratégies et les moyens d'action qu'adoptera le ministère dans l'application de la Politique de la santé et du bien-être prévoient le soutien au milieu de travail pour favoriser la participation des travailleurs et des travailleuses à la prise de décisions qui les concernent, de même que l'utilisation et le perfectionnement de leurs compétences. Cette recommandation vaut particulièrement pour les femmes qui, selon les données de l'enquête, sont plus défavorisées que les hommes à cet égard. Dans cette perspective,

la planification et la mise en oeuvre des programmes de santé au travail devraient inclure des éléments qui concernent l'organisation du travail, plutôt que de se limiter à des approches ciblant seulement l'individu. Pour être efficace, l'intervention ne peut se limiter à la formulation de recommandations par des spécialistes externes. Elle doit au contraire passer par une mobilisation des personnes concernées au milieu de travail, afin qu'elles puissent en arriver à une compréhension commune de ce qui pose problème dans l'organisation.

9.4 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Braun, S., Hollander, R.B. (1988). "Work and depression among women in the Federal Republic of Germany", *Women & Health*, vol. 14, no 2, pages 3-26.

Brisson, C., Moisan, J., Vézina, M., Vinet, A., Dagenais, G.R., Blanchet, C. (1992). "Job strain as a determinant of cardiovascular diseases : Validity and reliability of its measurement among 2 665 white collar workers", *International Heart Health Conference*, Victoria.

Dion, G., Brisson, C., Moisan, J., Blanchet, C., Guimont, C., Vinet, A. Vézina, M., Dagenais, G. (soumis). "Internal consistency, one-year stability and construct validity of the Karasek 18- item instrument on psychological job demands and job decision latitude".

Gardell, B. (1981). "Autonomy and participation at work", dans : Levi, L. ed., *Society, Stress and Disease*, Oxford England : Oxford University Press, pages 279-289.

Hall, E.M. (1989). "Gender, work control and stress : A theoretical discussion and an empirical test", *International Journal of Health Services*, vol. 19, pages 725-745.

House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988). "Social relationship and health", *Science*, vol. 241, pages 540-545.

Karasek, R.A. (1976). *The impact of work environment on life outside the job*, PhD dissertation, Massachusetts Institute of Technology, Distributed by National Technical Information Services, Department of Commerce, Springfield, VA 22161. Thesis order no. PB263-073.

Karasek, R.A., Baker, D., Marxer, D., Ahlbom, A., Theorell, T. (1981). "Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease : A prospective study of Swedish men", *American Journal of Public Health*, vol. 71, pages 694-705.

Karasek, R.A., Schwartz, J., PIEPER, C. (1983). *Validation of a survey instrument for job-related cardiovascular illness*, Available from Dr. Robert Karasek, Department of Work Environment, University of Massachusetts, Lowell, Massachusetts 01854.

Karasek, R.A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*, Available from Dr. Robert Karasek, Department of Work Environment, University of Massachusetts, Lowell, Massachusetts 01854.

Karasek, R.A., Theorell, T. (1990). *Healthy work : Stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York : Basic Books Inc., Publishers.

Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 pages.

Nadeau, D. Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C. (1990). « Travail parcellaire et altérations de la santé mentale chez les opératrices de machines à coudre », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 51, no 7, pages 479-487.

O'Connell, J.K., Price, J.H. (1982). "Health locus of control of physical fitness-program participants", *Perceptual and Motor Skills*, vol. 55, pages 925-926.

Quinn, R.P., Staines, G.L. (1979). *The 1977 quality of employment survey : Descriptive statistics with comparison data from the 1969-70 and the 1972-73 surveys*, Ann Arbor Michigan : Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Sauter, S.L., Hurrell, J.J., Cooper, C.L. (1989). *Job control and worker health*, Toronto : John Wiley & Sons, pages 311.

Schnall, P.L., Landbergis, P.A., BAKER, D. (1994). "Job strain and cardiovascular disease", *Annual Review of Public Health*, vol. 15, pages 381-411.

Vinet, A, Brisson, C. Vézina, M. (1986). « Rémunération à la pièce, travail parcellaire et santé mentale dans l'industrie du vêtement », *Sociologie et sociétés*, vol. 18, pages 25-36.

Wallerstein, N. (1992). "Powerlessness, empowerment and health : Implications for health promotion programs", *American Journal of Health Promotion*, vol. 6, pages 197-205.

Fin du texte