

# Instituts de recherche en santé du Canada–Institut du vieillissement : Profil

## Genre, travail et vieillissement\*

Cara Tannenbaum, Patrice Voss, Hani El-Gabalawy, et Yves Joanette  
*Instituts de recherche en santé du Canada*

\* Nous tenons à remercier les membres du groupe de travail sur l'initiative Santé et Productivité au Travail, provenant à la fois des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), pour leurs commentaires constructifs sur des versions antérieures du manuscrit.

Manuscript received: / manuscrit reçu : 13/05/16

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 16/05/16

Correspondence and requests for offprints should be sent to: / La correspondance et les demandes de tire-à-part doivent être adressées à :

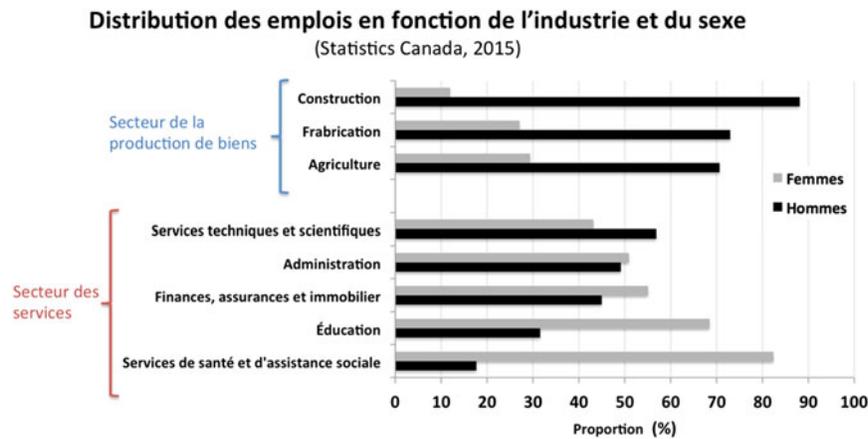
Cara Tannenbaum, M.D., M.Sc.  
Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC  
4565, chemin Queen-Mary  
Montréal, QC H3W 1W5  
(cara.tannenbaum@umontreal.ca)

La population canadienne vieillit, tout comme les effectifs du pays. Les personnes de 65 ans et plus sont maintenant plus nombreuses que les enfants de 0 à 14 ans, et le taux de croissance de la population de 65 ans et plus est environ quatre fois plus élevé que celui de la population totale (Statistique Canada, 2015a). Parmi les personnes de plus de 65 ans, plus de 13 % font encore partie de la population active (Statistique Canada, 2016). D'ici à 2021, près d'un actif sur quatre sera âgé de 55 ans ou plus (Statistique Canada, 2011a). Certains adultes âgés travaillent par choix, alors que d'autres le font par obligation. Le besoin de garder les gens dans la population active augmente en raison de pénuries de main-d'œuvre et de compétences. Les travailleurs, les responsables des politiques, l'industrie, les employeurs, les autorités réglementaires, les commissions de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents de travail, les syndicats et les associations professionnelles doivent répondre à des défis et saisir les opportunités qui s'offrent à eux afin de mieux s'adapter aux besoins et aux caractéristiques uniques des effectifs vieillissants du 21<sup>e</sup> siècle. Les mesures d'adaptation pour les travailleurs âgés doivent tenir compte du genre, de la comorbidité, de l'invalidité et du rôle d'aidant. Le présent document offre une justification et une description d'une initiative stratégique dirigée et financée de concert par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Conseil de recherches en

sciences humaines (CRSH) du Canada. L'initiative phare Santé et productivité au travail a pour champions l'Institut de la santé des femmes et des hommes, l'Institut du vieillissement et l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des IRSC, et vise à étayer des approches innovantes pour soutenir la santé et la productivité des effectifs diversifiés et changeants du Canada.

### Genre, travail et vieillissement

Au Canada, ni le travail ni le vieillissement représentent une situation d'égalité entre les hommes et les femmes. En 2011, les femmes comptaient pour un peu moins de la moitié de la main d'œuvre Canadienne (48 %), et leur répartition professionnelle n'était pas la même que celle des hommes (Statistique Canada, 2011b). Dans l'ensemble, les femmes sont concentrées dans le secteur des services, tandis que les hommes sont plus nombreux dans celui de la production des biens (figure 1; Statistique Canada, 2015b). L'emploi le plus commun chez les femmes est celui de vendeuse de commerce de détail (4,7 % de toutes les femmes qui ont un emploi), suivi de celui d'adjoindé administrative (4 %), d'infirmière et d'infirmière psychiatrique (3,4 %), de caissière (3,3 %) et d'enseignante au primaire et à la maternelle (2,9 %). Le métier le plus courant chez les hommes est également celui de vendeur de commerce de détail (3,3 % de tous les hommes qui ont un emploi),



**Figure 1: Proportion d'hommes et de femmes travaillant dans différentes industries. En moyenne, plus de femmes travaillent dans le secteur des services, tandis que plus d'hommes travaillent dans celui de la production des biens**

suivi de celui de conducteur de camion (2,9 %), de gérant de commerce de détail (2,5 %), de menuisier (1,7 %) et de concierge et de responsable d'immeubles (1,7 %). La surreprésentation des femmes dans la vente au détail et les postes administratifs, de même que dans les secteurs des soins infirmiers et de l'enseignement (Statistique Canada, 2011b), est vraisemblablement le reflet de la socialisation des genres, tout comme l'écart salarial qui subsiste entre les hommes et les femmes (Morissette, Picot et Lu, 2013). Voir les définitions de sexe et de genre selon l'Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC dans l'encadré 1 (IRSC, s.d.[a]).

Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de subir des lésions professionnelles indemnisées, en grande partie à cause des différences de type de travail entre les hommes et les femmes (Smith et Mustard, 2004). Les hommes signalent plus de traumatismes physiques, alors que les femmes sont plus nombreuses à faire état de problèmes de santé mentale (Berecki-Gisolf et coll., 2015). Les expositions professionnelles dangereuses varient également selon le sexe. Les hommes

sont de deux à quatre fois plus susceptibles de signaler des expositions à la poussière et à des substances chimiques, ou de se plaindre de bruit fort, d'heures irrégulières, de quarts de nuit et de vibrations transmises par des outils, alors que les femmes sont 30 % plus nombreuses que les hommes à mentionner des tâches répétitives et rapides, et sont également plus susceptibles de signaler l'exposition à des désinfectants, à des teintures capillaires et à de la poussière de textile (Eng et coll., 2011). Lorsque les hommes sont comparés aux femmes faisant le même métier, les différences dans les taux de blessures sont atténuées (Fan et coll., 2012). Fait intéressant, alors que l'employé à temps plein moyen au Canada en 2011 a perdu 9,3 jours de travail pour des raisons personnelles, ce taux était plus élevé chez les femmes (11,4 jours) que chez les hommes (7,7 jours) (Dabboussy et Uppal, 2012). Cette différence n'est toujours pas expliquée.

Les hommes et les femmes vieillissent différemment au Canada. L'espérance de vie à 65 ans est de 22 ans pour les femmes et de 19 ans pour les hommes (Statistique Canada, 2012). Cet écart s'accroît avec l'âge, si bien qu'il y a deux femmes pour un homme après l'âge de 85 ans (Statistique Canada, 2015c). Toutefois, malgré la plus grande proportion de femmes de plus de 65 ans, un plus fort pourcentage d'hommes âgés (18 %) que de femmes âgées (10 %) fait partie de la main d'oeuvre (Statistique Canada, 2016). Ainsi, les hommes représentent la majorité des personnes âgées qui continuent d'avoir un travail rémunéré au-delà de l'âge de la retraite, quoique cela puisse changer avec le temps.

### Encadré 1. Définition de sexe et de genre

« Sexe » renvoie aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui distinguent les mâles et les femelles chez toutes les espèces, y compris l'humain.

« Genre » renvoie à toute la gamme de rôles, de relations, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, d'influences et de pouvoirs relatifs socialement et culturellement construits, que la société attribue de façon différente à l'un et à l'autre sexe.

Il est entendu que le sexe et le genre ne sont pas strictement binaires (c.-à-d. qu'il existe des continuums entre le féminin et le masculin).

L'influence du « sexe » et celle du « genre » peuvent se chevaucher et se recouper pour agir sur la santé et le bien-être.

### Travail, invalidité et comorbidité

La santé décline avec le temps, à des rythmes variables en fonction des individus et du genre. Le groupe d'âge des 45 à 64 ans présente le plus haut taux d'absentéisme pour cause de maladie ou d'invalidité, ainsi que

le plus grand nombre de jours de travail perdus en 2014 (Statistique Canada, 2015d). Souvent, les personnes qui occupent un emploi physiquement exigeant ne peuvent continuer de travailler au-delà d'un certain âge. Celles qui ont des métiers manuels et qui prennent leur retraite pour cause de mauvaise santé ou d'invalidité le font probablement une vingtaine d'années plus tôt que les membres des professions de la gestion et de l'administration (Kuper et Marmot, 2003; Barnes et coll., 2009).

Même si les travailleurs âgés sont généralement moins sujets aux accidents, leurs blessures sont habituellement plus graves, et leur rétablissement plus long (CCHST, 2012). Près de 25 % des personnes à la retraite indiquent qu'elles ne travaillent plus pour des raisons de santé (MacEwen, 2012), ce qui donne à penser qu'une meilleure prise en compte des problèmes de santé individuels dans le milieu de travail pourrait permettre de retenir un certain nombre de travailleurs âgés aux prises avec des troubles de santé chroniques. Pour les employeurs, ne pas se préoccuper du vieillissement des effectifs et de composer avec ce phénomène aura une incidence sur les coûts d'assurance vie et de remboursement des soins de santé, la productivité, le roulement, la retraite anticipée, la perte de compétences et d'expertise, et la rentabilité (Tishman et coll., 2012). Il est urgent de faire participer les employeurs et leurs assureurs aux programmes de prévention et d'intervention, où l'enjeu est de garder les travailleurs âgés employés et productifs.

Des mesures d'adaptation conçues pour améliorer autant le travail que l'environnement de travail sont particulièrement importantes pour les personnes avec incapacité. Les taux d'invalidité sont en hausse en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Les personnes avec incapacité ont beaucoup à apporter à notre société, et pourtant leur taux de participation à la population active est inférieur à celui des autres Canadiens. En 2011, le taux d'emploi des Canadiens de 25 à 64 ans avec incapacité était de 49 %, comparativement à 79 % pour les Canadiens sans incapacité (Turcotte, 2014). Les troubles musculosquelettiques sont l'une des principales causes physiques d'invalidité professionnelle (Dewa et coll., 2010). Les dépenses au titre des prestations d'invalidité représentent actuellement un fardeau considérable pour les finances publiques et freinent la croissance économique en réduisant l'offre effective de main-d'œuvre. Par exemple, les coûts directs (c'est-à-dire directement liés au traitement de la maladie) pour les troubles musculosquelettiques ont été estimés à 7,5 milliards de dollars, tandis que les coûts indirects (c'est-à-dire attribuables à la perte de productivité) ont été évalués à 18,1 milliards de dollars (Coyte et coll., 1998). Des mesures sont donc nécessaires pour réduire

les conséquences économiques, sociales et humaines de l'invalidité professionnelle. De plus, la réduction du nombre de demandes d'indemnisation pour invalidité soulagera le fardeau des médecins, qui ont souvent la difficile tâche d'évaluer l'invalidité aux fins d'assurance.

Les troubles musculosquelettiques ne sont pas les seules causes de santé physique expliquant le chômage et la perte de productivité. Les personnes souffrant de douleur chronique représenteraient, selon les estimations, plus de 50 % de la population active (Harstall et Ospina, 2003; Stewart et coll., 2003); elles ont aussi plus de jours d'absence ou d'invalidité, et ont souvent recours aux services de santé (Pizzi et coll., 2005). L'obésité est une maladie chronique qui joue un rôle dans divers problèmes de santé, dont les maladies cardiaques et le diabète. En 2008, 37 % des adultes canadiens présentaient de l'embonpoint, et 25 % étaient obèses. Ces taux continuaient aussi d'augmenter (Statistique Canada, 2009). L'obésité influe fortement sur l'engagement au travail, puisque on estime que de 6,5 % à 12,6 % des coûts d'absentéisme étant imputés à l'obésité (Andreyeva, Luedicke, et Wang, 2014). De plus, nombre de personnes souffrant de douleur chronique ou atteintes d'autres troubles d'ordre physique ou mental continuent de travailler malgré une capacité réduite, ce qui se traduit par une diminution globale de la productivité, phénomène connu sous le nom de présentéisme (Whitehouse, 2005). Le coût d'une productivité réduite découlant du présentéisme serait, selon nombre d'estimations, plus élevé que le coût de l'absentéisme et le coût direct des soins de santé pris ensemble (Johns, 2010). Ceci est particulièrement le cas pour la douleur, l'obésité et la dépression (Mitchell et Bates, 2011).

Le faible taux d'autodéclaration d'une invalidité est une des principales raisons du manque de mesures d'adaptation au travail, de nombreuses personnes avec incapacité étant mal préparées à négocier des mesures qui amélioreront leur environnement de travail. Ce faible taux s'explique entre autres par la crainte de discrimination et de perte d'emploi (Lindsay et coll., 2015). La non-déclaration est préoccupante, car les personnes avec incapacité risquent plus de se blesser au travail si des mesures d'adaptation ne sont pas prises (Collins et coll., 2005).

Les données montrent que les mesures d'adaptation au travail peuvent prolonger la vie professionnelle et favoriser la santé physique et psychologique, et que ces mesures peuvent souvent être fournies à faible coût, voire sans frais, pour les employeurs (Kirk-Brown et coll., 2014). Malgré les avantages offerts par des mesures d'adaptation, souvent les employeurs ne savent trop comment répondre aux besoins des employés ayant une incapacité ni quels types de mesures prendre pour faciliter l'emploi. Il reste crucial de déterminer

comment les employeurs, les travailleurs, les fournisseurs de services de réadaptation et les autres parties intéressées peuvent collaborer pour gérer la déclaration de l'invalidité, faciliter l'adoption de mesures d'adaptation dans tout l'environnement de travail et contribuer à une main-d'œuvre en bonne santé.

### **Une attention à la santé mentale dans le milieu de travail**

Pour beaucoup de Canadiens, la santé mentale au travail pose problème. En 2012, environ 10,1 % des Canadiens de 15 ans ou plus disaient avoir éprouvé au cours de la dernière année des symptômes correspondant à au moins un de six troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances (épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues) (Statistique Canada, 2013b). La dépression en particulier représente la catégorie de coûts d'invalidité qui augmente le plus rapidement pour les employeurs canadiens, et elle est à l'origine de la décision de quitter l'emploi pour près d'un tiers des Canadiens (Société pour les troubles de l'humeur Canada, 2009). Chaque semaine, plus d'un demi-million de Canadiens ne se présentent pas au travail pour cause de trouble de santé mentale, ce qui équivaut à une perte de 51 milliards de dollars par année pour l'économie canadienne (Dewa et coll., 2010; Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), s.d.).

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), plus de 30 % des réclamations pour invalidité et de 70 % des coûts d'invalidité sont attribuables à la maladie mentale. Des économies annuelles de l'ordre de 2,97 à 11 milliards de dollars pourraient être réalisées au Canada par la prévention des souffrances psychologiques imputables à des actes des employeurs (CMSC, 2010). Pour cette raison et pour d'autres, les employeurs canadiens sentent de plus en plus le besoin de créer un milieu de travail physiquement et psychologiquement sain. En 2009, on indiquait que les règlements judiciaires découlant de préjudices psychologiques en milieu de travail au Canada avaient augmenté de 700 % au cours des cinq années précédentes (Société pour les troubles de l'humeur Canada, 2009). Lorsque les travailleurs sont en santé, la productivité augmente, le recrutement et la rétention du personnel sont facilités, l'efficacité opérationnelle est plus grande, et les coûts liés à l'invalidité et à l'absentéisme diminuent (CMSC, 2010). Il est donc essentiel que les multiples parties prenantes travaillent ensemble pour former des partenariats avec le but commun d'atténuer le fardeau croissant des problèmes de santé mentale tant pour la société que pour la population active canadienne.

### **Genre, travail et rôle d'aidant**

Un grand nombre de Canadiens qui travaillent doivent aussi prendre soin de proches. Il peut s'agir des parents, du conjoint, d'amis, de voisins, d'enfants ou d'autres membres de la famille. Quatre-vingt-deux pour cent des aidants de 19 à 70 ans sont employés, et 70 % travaillent à temps plein (Fast et coll., 2014). En 2012, 6,1 millions de Canadiens employés prenaient soin d'un membre de leur famille ou d'un ami. C'est 35 % de la population active du Canada (Sinha, 2013). Entre 2007 et 2012, le nombre de Canadiens de 45 ans ou plus qui jouaient un rôle d'aidant a augmenté de 20 % (Sinha, 2013), et le nombre de Canadiens qui auront besoin d'aide est censé doubler au cours des 30 prochaines années (Carrière et coll., 2008).

La recherche montre que le rôle d'aidant peut perturber la routine de travail (p. ex. ponctualité et absentéisme) et avoir des conséquences négatives sur l'emploi (p. ex. heures de travail réduites, possibilités de promotion ratées) (Statistique Canada, 2013a). Une minorité d'aidants finit par quitter la population active. Outre les conséquences financières et professionnelles, il a été démontré que le rôle d'aidant avait des répercussions sur la santé physique et psychologique (Turcotte, 2013), particulièrement chez les salariés à faible revenu (Williams et coll., 2003). Le manque de pratiques favorables aux aidants en milieu de travail peut avoir pour résultat que des employés-aidants quittent la population active ou se traduit autrement par des jours d'absence du travail, des retraites anticipées, une productivité réduite, des conséquences pour la santé et des coûts évitables accrus pour les employeurs. Le Conference Board du Canada a estimé que les coûts pour les employeurs en termes de perte de productivité représentaient 1,28 milliard de dollars par année (Chénier et coll., 2012).

Les femmes consacrent plus d'heures au rôle d'aidant, contribuent à plus de tâches dans ce rôle, et interviennent plus dans les soins personnels que les hommes (Williams et Crooks, 2008). Les femmes consacrent aussi plus de temps aux tâches de base et aux tâches « féminines traditionnelles » (ménage, préparation des repas, soins personnels et médicaux) qui exigent généralement plus de temps et qui compliquent les horaires (Fast, 2015). En moyenne, les femmes consacrent une plus grande partie de leur vie à fournir des soins que les hommes (5,8 versus 3,4 années) (Fast, Dosman, Lero et coll., 2013). Par conséquent, il a été constaté que les femmes assumaient un plus lourd fardeau et avaient des taux de dépression plus élevés, et que leurs niveaux de bien-être subjectif et de santé physique étaient plus bas (Pinquart et Sörensen, 2003; Williams et coll., 2003). En ce qui concerne la santé mentale, les femmes ont deux fois plus de risques de recevoir

un diagnostic de dépression (Olliffe et Phillips, 2008), quoique cela puisse s'expliquer par le fait qu'une plus grande proportion d'hommes dépressifs ne consultent pas ou ne reçoivent pas le bon diagnostic quand ils le font (Olliffe et coll., 2012). Les femmes sont aussi plus susceptibles de subir des conséquences financières, sanitaires et sociales du fait de leur rôle d'aidantes, ce qui peut accroître le risque d'épuisement professionnel (Fast, 2015).

Un sous-groupe d'aidants, que l'on appelle souvent les aidants à double emploi, mérite une attention particulière. L'expression « aidant à double emploi » désigne la portion des travailleurs de la santé qui jouent en plus le rôle d'aidant familial auprès de parents plus âgés. La majorité de ces aidants sont des femmes qui travaillent comme infirmières (Ward-Griffin et coll., 2005). Quand elles doivent fournir quatre heures ou plus de soins par semaine, elles ont plus de risques de réduire leur nombre d'heures de travail, de changer leurs habitudes de travail ou de renoncer à une offre d'emploi ou à une promotion (Pyper, 2002). Les aidants à double emploi qui reçoivent le moins de soutien et pour qui les attentes en termes de soins sont les plus grandes se disent les moins en santé, souffrant par exemple d'épuisement mental et physique (Ward-Griffin et coll., 2009, 2011). Les infirmières qui sont aussi aidantes personnelles risquent plus de commettre des erreurs de médicaments ainsi que d'autres types d'erreurs au travail (Scott et coll., 2006), de voir leur productivité diminuer (Grzywacz et coll., 2006) et d'être globalement incapables de fournir des soins de haute qualité à leurs patients.

Le rôle d'aidant devenant de plus en plus une expérience commune pour les travailleurs canadiens, les lieux de travail devront composer avec les exigences à cet égard. Les employeurs devront être proactifs en adoptant sur le lieu de travail des pratiques qui tiennent compte des genres et qui sont favorables aux aidants, de façon à répondre aux besoins de ces derniers malgré les inconvénients en termes de rendement. Les avantages sont nombreux: notamment meilleur équilibre travail-famille, maintien des effectifs, gain de productivité et réduction des coûts (Keating et coll., 2014).

### **Générer des données sur les pratiques exemplaires pour promouvoir la santé et la productivité au travail**

En 2015, pour s'attaquer aux questions liées à l'évolution des milieux de travail exposés dans le présent document, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines ont lancé conjointement l'initiative Santé et productivité au travail. Il s'agit d'une possibilité de financement

stratégique axée sur les adaptations et les interventions nécessaires pour favoriser la présence sur le marché du travail des personnes aux prises avec un problème de santé (p. ex. blessure, maladie, maladie chronique, trouble de santé mentale) ou une invalidité, ainsi que des travailleurs âgés et des travailleurs jouant un rôle d'aidant en plus de leur emploi rémunéré. Des exemples d'adaptations sont les régimes de travail flexibles, les environnements de travail modifiés et les processus structurés devant permettre à un employé de retourner au travail ou d'y demeurer, de même que les interventions stratégiques visant à soutenir les mesures d'adaptation.

Reconnaissant que des approches nouvelles et innovantes sont nécessaires pour soutenir la santé et la productivité des effectifs à la fois diversifiés et changeants du Canada, l'initiative Santé et productivité au travail vise à réunir chercheurs et parties prenantes pour maintenir des effectifs en santé et productifs dans un milieu accueillant, et mieux comprendre l'action réciproque complexe de facteurs, comme l'âge et le genre, qui font que les hommes et les femmes réussissent à s'en sortir sur le plan professionnel. Compte tenu de l'incidence du sexe et du genre sur tous les types de problèmes de santé physique et mentale, l'initiative Santé et productivité au travail a pris d'importantes mesures pour faire en sorte que les facteurs liés au sexe et au genre soient considérés dans toutes les demandes. La première a été d'encourager les candidats à démontrer l'utilisation de l'analyse axée sur le sexe et le genre (ASG) (IRSC, s.d.[b]) dans leurs propositions. L'ASG est une approche analytique qui intègre l'optique du genre et du sexe dans l'élaboration des travaux de recherche, des politiques et des programmes de santé, ainsi que dans la planification et les processus décisionnels en santé. Elle aide à déterminer et à clarifier les différences attribuables au sexe et au genre, et démontre comment ces différences influent sur l'état de santé, de même que sur l'accès au système de santé. La deuxième mesure a été d'également encourager les candidats à désigner un « champion de sexe et de genre » au sein de l'équipe, qui s'assurerait que l'ASG est effectuée et intégrée dans le plan de recherche.

À terme, le but de l'initiative est de concevoir, de mettre en œuvre, d'appliquer, d'évaluer et de porter à grande échelle des solutions innovantes, factuelles et tenant compte du genre pour favoriser la présence des hommes et des femmes sur le marché du travail, et améliorer la santé, le bien-être et la productivité des effectifs diversifiés du Canada. La conception globale du programme et la stratégie partenariale s'articulent autour de cette idée, avec des activités et des mécanismes prévus pour faire en sorte que les besoins des parties prenantes, les priorités et les connaissances à obtenir guident chaque aspect de l'initiative. Les partenariats seront

multidisciplinaires, des chercheurs des domaines de la santé et des sciences sociales et humaines en faisant partie. Les organisations partenaires sont d'accord pour s'engager à travailler de concert afin d'atteindre des buts communs, à leur avantage mutuel, qui sont en harmonie avec le but et l'objectif de l'initiative. En intégrant les parties prenantes dans tout le processus de recherche, les partenariats financés doivent permettre la mise en circulation et l'adoption réciproques des connaissances issues de la recherche par les chercheurs et les parties prenantes (au sein du monde universitaire et en dehors). Les chercheurs et les parties prenantes doivent collaborer pour élaborer les questions de recherche, décider de la méthodologie, recueillir des données, interpréter les conclusions et diffuser les résultats de la recherche. Cette démarche concertée est censée accroître les chances que ces résultats soient bien reçus et trouvent des applications dans la pratique.

L'initiative sera réalisée selon un plan en deux phases. La première phase prévoit des subventions de développement de partenariat de deux ans en appui aux partenariats nouveaux ou existants qui favorisent la recherche et les activités connexes. Les candidats retenus seront invités à demander la subvention de partenariat de deuxième phase, qui servira à soutenir des initiatives partenariales qui font avancer la recherche et les activités connexes en lien avec l'initiative Santé et productivité au travail. Les résultats finals de la recherche seront connus en 2022.

## Conclusion

Souvent, les employeurs comprennent mal les interventions efficaces qui peuvent être utilisées pour tenir compte des besoins en matière de santé des travailleurs âgés, des aidants, et des personnes avec incapacité. Ils ont également de la difficulté à répondre aux besoins des personnes aux prises avec des maladies récurrentes (p. ex., maladies chroniques) et des troubles de santé mentale. Malgré la prévalence croissante des maladies mentales et la prise de conscience accrue de l'importance de la santé mentale en lien avec le travail, nombre de mesures d'adaptation sont axées sur la santé physique seulement. Tous ces éléments doivent être vus à travers le prisme du genre et du sexe pour tenir compte comme il se doit de l'égalité des hommes et des femmes, et améliorer la situation de santé de différents groupes de travailleurs. L'initiative Santé et productivité au travail offre une possibilité de renforcer la capacité d'étudier et de réaliser des interventions visant à répondre aux besoins de personnes aux prises à différents degrés avec des problèmes de santé physique et mentale. Elle a également pour but de définir et de produire des approches sensibles au genre pour

l'application efficace et l'adoption à grande échelle d'interventions visant l'adaptation et favorisant la santé et la productivité au travail. Enfin, l'initiative doit renforcer la capacité et l'infrastructure pour mesurer et démontrer les incidences plus globales des interventions en question sur les plans de la santé et de l'économie.

## Références

- Andreyeva, T., Luedicke, J. & Wang, Y. C. (2014). State-level estimates of obesity-attributable costs of absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(11), 1120–1127.
- Barnes, H., Smeaton, D. & Taylor, R. (2009). *An ageing workforce: The employer's perspective*. Brighton, UK: Institute for Employment Studies.
- Berecki-Gisolf, J., Smith, P. M., Collie, A. & McClure, R. J. (2015). Gender differences in occupational injury incidence. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(3), 299–307.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2012). *OHS answers: Aging workers*. Retrieved from [http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/aging\\_workers.html](http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/aging_workers.html).
- Carrière, Y., Keefe, J., Légaré, X., Lin, R., Rowe, L., Martel, S. et al. (2008). *Projecting the future availability of the informal support network of the elderly population and assessing its impact on home care services*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Chénier, L., Hoganson, C. & Thorpe, K. (2012). Making the business case for investments in workplace health and wellness. *The Conference Board of Canada*. Retrieved from <http://www.conferenceboard.ca/topics/humanresource/makingthebusinesscase.aspx>.
- Collins, J., Baase, C., Sharda, C., Ozminkowski, R., Nicholson, S., Billotti, G. et al. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 47(6), 547–557.
- Coyte, P. C., Asche, C. V., Croxford, R. & Chan, B. (1998). The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada. *Arthritis Care & Research*, 11(5), 315–325.
- Dabboussy, M. & Uppal, S. (2012). *Work absences in 2011*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Dewa, C. S., Chau, N. & Dermer, S. (2010). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758–762.
- Eng, A., 't Mannetje, A., McLean, D., Ellison-Loschmann, L., Cheng, S. & Pearce, N. (2011). Gender differences in occupational exposure patterns. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(12), 888–894.

- Fan, J., McLeod, C. B. & Koehoorn, M. (2012). Descriptive epidemiology of serious work-related injuries in British Columbia, Canada. *PLOS One*, 7(6), e38750.
- Fast, J. (2015). *Caregiving for older adults with disabilities*. Retrieved from <http://irpp.org/research-studies/study-no58/>.
- Fast, J., Dosman, D., Lero, D. & Lucas, S. (2013). *The intersection of caregiving and employment across the life course*. Edmonton: University of Alberta, Research on Aging, Policies and Practice. Retrieved from <http://www.rapp.ualberta.ca/~media/rapp/Publications/Documents/IntersectionCaregivingAndEmployment2013Jan.pdf>.
- Fast, J., Lero, D., DeMarco, R. & Eales, J. (2014). *Combining care work and paid work: Is it sustainable?* Edmonton: Research on Aging, Policies and Practice (RAPP). Retrieved from [http://www.rapp.ualberta.ca/en/~media/rapp/Publications/Documents/Combining\\_care\\_work\\_and\\_paid\\_work\\_2014-09-16.pdf](http://www.rapp.ualberta.ca/en/~media/rapp/Publications/Documents/Combining_care_work_and_paid_work_2014-09-16.pdf).
- Grzywacz, J., Frone, M., Brewer, C. & Kovner, C. (2006). Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 414–426.
- Harstall, C. & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates*, 11(2), 1–4.
- Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) – Institut de la santé des femmes et des hommes (s.d.[a]). *Sex, gender and health research guide: A tool for CIHR applicants*. Retrieved from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/32019.html>.
- Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) - Institut de la santé des femmes et des hommes (s.d.[b]). *What is gender? What is sex?* Retrieved from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48642.html>.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational behaviour*, 31, 519–542.
- Keating, N., Fast, J. E., Lero, D., Lucas, S. & Eales, J. (2014). A taxonomy of the economic costs of family care to adults. *Journal of the Economics of Aging*, 3, 11–20.
- Kirk-Brown, A., Dijk, P., Simmons, R., Bourne, M. & Cooper, B. (2014). Disclosure of diagnosis of multiple sclerosis in the workplace positively affects employment status and job tenure. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(7), 871–876.
- Kuper, H. & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(2), 147–153.
- Lindsay, S., McDougall, C., Menna-Dack, D., Sanford, R. & Adams, T. (2015). An ecological approach to understanding barriers to employment for youth with disabilities compared to their typically developing peers: Views of youth, employers and job counsellors. *Disability & Rehabilitation*, 37(8), 701–711.
- MacEwen, A. (2012). *Working after age 65: What is at stake?* Ottawa, ON: Canadian Centre for Policy Alternatives. Retrieved from <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/working-after-age-65>.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (n.d.). *National standard of Canada for psychological health and safety in the workplace (the Standard)*. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/5346>.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2010). *The Shain reports on psychological safety in the workplace—A summary*. Retrieved from [http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Workforce\\_Psychological\\_Safety\\_in\\_the\\_Workplace\\_ENG\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/Workforce_Psychological_Safety_in_the_Workplace_ENG_0.pdf).
- Mitchell, R. J. & Bates, P. (2011). Measuring health-related productivity loss. *Population Health Management*, 14, 93–98.
- Mood Disorders Society of Canada. (2009). *Quick facts: Mental illness & addiction in Canada*. Guelph, ON: Mood Disorders Society of Canada. Retrieved from <http://www.mooodisorderscanada.ca/documents/Media%20Room/Quick%20Facts%203rd%20Edition%20Eng%20Nov%2012%2009.pdf>.
- Morissette, R., Picot, G. & Lu, Y. (2013). *The evolution of Canadian wages over the last three decades*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Olliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Bortorff, J. L., Johnson, J. L. & Hoyak, K. (2012). “You feel like you can’t live anymore”: Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. *Social Science & Medicine*, 74(4), 506–514.
- Olliffe, J. L. & Phillips, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of Men’s Health*, 5(3), 194–202.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychological Aging*, 18(2), 250–267.
- Pizzi, L. T., Carter, C. T., Howell, J. B., Vallow, S. M., Crawford, A. G. & Frank, E. D. (2005). Work loss, healthcare utilization, and costs among US employees with chronic pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 13(3), 201–208.
- Pyper, W. (2002). *Balancing career and care*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Scott, L., Hwang, W. & Rogers, A. (2006). The impact of multiple care giving roles on fatigue, stress, and work performance among hospital staff nurses. *Journal of Nursing Administration*, 36(2), 86–95.
- Sinha, M. (2013). *Portrait of caregivers, 2012*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Smith, P. M. & Mustard, C. A. (2004). Examining the associations between physical work demands and work injury rates between men and women in Ontario. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 1990–2000.

- Statistics Canada. (2009). *Measured adult body mass index (BMI) by age group and sex, household population age 18 and over excluding pregnant females*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2011a). *Study: Projected trends to 2031 for the Canadian labour force*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2011b). *Portrait of Canada's labour force*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2012). *Life expectancy, at birth and at age 65, by sex and by province and territory*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2013a). *Canadian community health survey: Mental health, 2012*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2013b). *Study: Caregivers in Canada, 2012*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2015a). *Canada's population estimates: Age and sex*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2015b). *Employment by industry and sex*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2015c). *Population by sex and age group*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2015d). *Work absence statistics of full-time employees, by sex and age group*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Statistics Canada. (2016). *Labour force characteristics by sex and age group*. Ottawa, ON: Statistics Canada.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Morganstein, D., & Lipton, R. (2003). Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *Journal of the American Medical Association*, 290(18), 2443–2454.
- Tishman, F. M., Looy, S. V. & Bruyère, S. M. (2012). *Employer strategies for responding to an aging workforce*. New Brunswick: The NTAR Leadership Center. Retrieved from [http://www.dol.gov/odep/pdf/ntar\\_employer\\_strategies\\_report.pdf](http://www.dol.gov/odep/pdf/ntar_employer_strategies_report.pdf).
- Turcotte, M. (2013). *Family caregiving: What are the consequences? Insights on Canadian Society*. Ottawa, ON: Turcotte.
- Turcotte, M. (2014). *Persons with disabilities and employment. Insights on Canadian Society*. Ottawa, ON: Turcotte.
- Ward-Griffin, C., Brown, J., Vandervoort, J., McNair, S. & Dashnay, I. (2005). Double duty caregiving: Women in the health professions. *Canadian Journal on Aging*, 24(4), 379–394.
- Ward-Griffin, C., Keefe, J., Martin-Matthews, A., Kerr, M., Brown, J. B. & Oudshoorn, A. (2009). Development and validation of the double duty caregiving scale. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(3), 108–128.
- Ward-Griffin, C., St-Amant, O. & Brown, J. (2011). Compassion fatigue within double duty caregiving: Nurse-daughters caring for elderly parents. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 4.
- Whitehouse, D. (2005). Workplace presenteeism: How behavioral professionals can make a difference. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 14, 32.
- Williams, A. & Crooks, V. A. (2008). Introduction: Space, place, and the geographies of women's caregiving work. *Gender, Place and Culture*, 15(3), 243–247.
- Williams, A. M., Forbes, D. A., Mitchell, J., Essar, M. & Corbett, B. (2003). The influence of income on the experience of informal caregiving: Policy implications. *Health Care for Women International*, 24(4), 280–291.