



Université de Montréal

La contribution de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes

Effectué par : Myriam Lengyel

Directeur de recherche : Alain Marchand

École de relations industrielles

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade

Maîtrise en relations industrielles (M. Sc.)

Mars 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La contribution de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes

Présenté par :
Myriam Lengyel

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Guy Bergeron
Président-rapporteur

Alain Marchand
Directeur de recherche

Stéphane Rousseau
Membre du jury

RÉSUMÉ

L'objectif de ce mémoire de recherche était double, soit de mesurer l'effet des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes ainsi que de mesurer l'effet modérateur de la famille sur cette relation dans la population de travailleurs canadiens.

Les données utilisées pour mener à terme cette recherche sont des données secondaires provenant de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESCC cycle 2.1) de Statistique Canada. La consommation de médicaments psychotropes fut mesurée sur une période d'un mois. La prévalence de consommation chez les travailleurs canadiens s'élève à 8.8%, plus particulièrement 6.3% pour les hommes et 11.7% en ce qui concerne les femmes. À l'égard des conditions de l'organisation du travail, le nombre d'heures travaillées est associé de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, plus le nombre d'heures travaillées augmente, plus le risque de consommer des médicaments psychotropes est faible. Quant à la situation familiale, le fait de vivre seul, ainsi que le fait d'avoir un revenu économique élevé sont tous deux associés à la consommation de médicaments psychotropes.

Les résultats de cette étude suggèrent une influence de la part des conditions de l'organisation du travail et de la famille sur la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, il nous est impossible à cette étape de montrer un effet modérateur de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

MOTS CLÉS : Conditions de l'organisation du travail, médicaments psychotropes, famille, population active canadienne

ABSTRACT

The aims of this study were two-fold : first to examine whether there exists a significant relation between work organization conditions and drug use among members of the Canadian workforce; and secondly, to analyze the moderating effect of family situation status on the relation between work organization conditions and drug use. Analysis of data from a sample of Canadian workers, through the Canadian Community Health Survey of Statistics Canada (ESCC 2.1), determined that prevalence of consumption was 8.8%. More specifically, prevalence for women (11.7%) was higher than that of men (6.3%).

The findings of this research support one possible negative relation between the amount of working hours and drug use. We also found a positive association between celibacy and drug use. The same connection was found in regards to the total household income, more specifically to a higher household income. Finally, these results demonstrated a lack of the family's moderating effect on the relation between work organization conditions and drug use.

KEYWORDS: work organization conditions, psychotropics, drug use, family, active Canadian population

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de recherche, Monsieur Alain Marchand, pour son support constant, ses encouragements et ses précieux conseils tout au long de ce parcours. Je tiens également à remercier Annick Parent-Lamarche pour son soutien et sa disponibilité lors de la réalisation des analyses statistiques de ma recherche.

Je désire remercier l'équipe du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal pour les locaux, les spécialistes (dont Marie-Ève Blanc) et le support mis à notre disposition.

Il est important pour moi de remercier Danielle Forest, Statistique Canada, ainsi que le Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) pour m'avoir donné accès aux données nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Merci également aux membres de mon jury, Messieurs Jean-Guy Bergeron (président-rapporteur du jury) et Vincent Rousseau (membre du jury) pour vos commentaires constructifs et encourageants me permettant ainsi de mener à terme ce mémoire de recherche.

Enfin, je désire remercier ma famille et mes amis qui m'ont supporté tout au long de ma maîtrise. Je suis certaine qu'ils sauront se reconnaître. Merci aussi à mon conjoint, François Gervais, pour son amour et son soutien continu.

TABLE DES MATIÈRES

<i>RÉSUMÉ</i>	<i>i</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>ii</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>iii</i>
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	<i>iv</i>
<i>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE</i>	<i>vii</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
CHAPITRE 1 : L'OBJET DE RECHERCHE ET L'ÉTAT DES CONNAISSANCES.	4
1.1 L'objet de recherche, les questions de recherche et la pertinence en relations industrielles	4
1.2 L'état des connaissances	5
1.2.1 Définition de la consommation de médicaments psychotropes.....	6
1.2.2 État des connaissances concernant la profession, les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre.....	10
1.2.2.1 La profession.....	10
1.2.2.2 Les conditions de l'organisation du travail.....	12
1.2.2.2.1 La conception des tâches.....	13
1.2.2.2.2 Les demandes du travail.....	15
1.2.2.2.3 Les relations sociales.....	18
1.2.2.2.4 Les gratifications.....	20
1.2.2.2.5 Les modèles explicatifs : modèles de Karasek et Siegrist.....	23
1.2.3 État des connaissances concernant les facteurs hors-travail et individuels.....	27
1.2.3.1 La situation familiale.....	27
1.2.3.1.1 Le statut marital.....	27
1.2.3.1.2 Le statut parental.....	29
1.2.3.1.3 Le statut économique du ménage.....	30
1.2.3.2 La satisfaction globale hors travail.....	30

1.2.3.3	Les caractéristiques démographiques	31
1.2.3.4	L'état de santé et les habitudes de vie	32
1.2.3.4.1	L'état de santé	32
1.2.3.4.2	La consommation de café/thé	32
1.2.3.4.3	La consommation d'alcool	33
1.2.3.4.4	La consommation de tabac/dépendance à la nicotine	33
1.2.3.4.5	L'activité physique	34
1.2.3.4.6	Le grignotage	34
1.3	La synthèse de l'état des connaissances	35
<i>CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE D'ANALYSE</i>		39
2.1	La problématique de la recherche	39
2.2	Le modèle d'analyse	43
2.3	Hypothèses et propositions	49
<i>CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE</i>		56
3.1	Les sources de données	56
3.1.1	Le type de devis	56
3.1.2	L'instrument de mesure	57
3.1.3	L'échantillon	57
3.2	Les mesures	59
3.2.1	La variable dépendante	59
3.2.2	Les variables indépendantes	60
3.2.3	La variable modératrice	65
3.2.4	Les variables de contrôle	66
3.3	Les analyses	70
<i>CHAPITRE 4 : RÉSULTATS</i>		72
4.1	Résultats des analyses descriptives	72
4.2	Résultats des analyses bivariées	76
4.3	Résultats des analyses multivariées	81
<i>CHAPITRE 5 : DISCUSSION</i>		92
5.1	Synthèse de la démarche scientifique	92

5.2 Interprétation des résultats et vérification des hypothèses et propositions de recherche	93
5.2.1 Hypothèse confirmée	94
5.2.2 Hypothèses infirmées	94
5.2.3 Variables de contrôle significatives	104
5.2.4 Synthèse des variables significatives du travail et de la famille	105
5.3 Forces et limites de la recherche	105
5.4 Implications et pistes de recherche	109
CONCLUSION	112
BIBLIOGRAPHIE	114
ANNEXE 1	I

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Chapitre 1:

<u>Tableau I:</u> Synthèse des conditions de l'organisation du travail reliées aux médicaments psychotropes	36
<u>Tableau II :</u> Synthèse des facteurs liés à la situation familiale et soutien hors-travail en lien avec les médicaments psychotropes.....	37
<u>Tableau III:</u> Synthèse des caractéristiques individuelles en lien avec les médicaments psychotropes	38

Chapitre 2:

<u>Figure 1:</u> Le modèle d'analyse.....	43
--	----

Chapitre 3:

<u>Tableau IV:</u> Mesure de la variable dépendante	60
<u>Tableau V:</u> Mesure des variables relatives aux conditions de l'organisation du travail.....	63
<u>Tableau VI:</u> Mesure des variables relatives à la situation familiale	66
<u>Tableau VII :</u> Mesure des variables relatives aux caractéristiques personnelles.....	68

Chapitre 4:

<u>Tableau VIII :</u> Statistiques descriptives de la variable dépendante et des variables indépendantes, contrôles et modératrices ESCC 2.1 (N=21 717).....	73
<u>Tableau IX :</u> Matrice de corrélation entre les variables pour la consommation de médicaments psychotropes auprès des travailleurs canadiens.....	78
<u>Tableau X :</u> Résultats de l'analyse de régression logistique Effets principaux (ESCC cycle 2.1)	84

Tableau XI : Résultats de l’analyse de régression logistique: Interactions de l’organisation du travail avec le statut marital et le statut parental (ESCC cycle 2.1)..... 86

Tableau XII: Résultats de l’analyse de régression logistique: Interactions de l’organisation du travail avec le statut économique (ESCC cycle 2.1)..... 88

Tableau XIII: Résultats de l’analyse de régression logistique: Interaction significative (ESCC cycle 2.1)..... 90

Je dédie ce mémoire à mon cher père Julius V. Lengyel
qui nous a quittés alors que je débutais mes études en relations industrielles.

Merci de m'avoir appris à ne jamais abandonner.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, de multiples changements s'opèrent sur le marché du travail. En effet, afin de demeurer compétitives dans un contexte de globalisation, les entreprises tendent à opter pour des mesures qui affectent directement les travailleurs. À ce sujet, nous pouvons nous référer aux nombreuses restructurations d'entreprises qui impliquent des réductions de personnel et nous pouvons également penser au passage d'emplois permanents à des emplois temporaires pour combler les besoins de l'organisation (McDonough, 2000). Encore plus récemment, nous avons dû faire face à une crise économique qui a laissé sans conteste des séquelles pour les travailleurs.

La prévalence de la détresse psychologique a augmenté et a entraîné une consommation de certaines substances apaisant ces maux, telles que les médicaments psychotropes (Alla et al., 2003; Lapeyre-Mestre et al., 1999). Il s'agit d'un traquenard pour certaines entreprises, puisqu'elles sont prises au fait avec des accidents de travail causés par un manque de vigilance ou autres effets secondaires dus à la consommation de médicaments psychotropes (Bhattacharjee et al., 2003).

Il est à noter que les médicaments appelés « psychotropes » sont parmi les médicaments les plus utilisés (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2000). De plus, la prévalence de ce type de médicament est élevée dans la population en général. En effet, une enquête de Santé Québec révélait qu'en 1992 4.5% des québécois de 15 ans et plus consommaient des médicaments psychotropes (Santé Québec, 1995).

Non seulement le niveau de consommation de ce type de médicament est élevé, mais il tend à augmenter dans plusieurs pays dont le Royaume-Uni (Middleton et al., 2001), les États-Unis, les pays nordiques et l'Australie (National Agency for Medicines, 2001; Hall

et al., 2003; Reseland et al., 2006) et surtout en France (Alla et al., 2003; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Feline et al., 1985; Zarifian, 1996). Cette hausse pourrait être expliquée par de meilleurs diagnostics des désordres mentaux.

Les personnes actives sur le marché du travail utiliseraient moins de médicaments psychotropes que celles qui ne le sont pas (Cohidon et al., 2005). En effet, la consommation de médicaments psychotropes (sur douze mois) dans la population en emploi serait de 11%, alors que dans celle sans emploi elle est de 21%. Toutefois, une personne sur 10 a consulté un professionnel à des fins de santé mentale (sur douze mois), que ce soit dans la population en emploi (9%) ou dans celle sans emploi (10%) (www.stat.gouv.qc.ca, juillet 2008). Malgré l'effet du « travailleur en bonne santé », la prévalence de consommation de médicaments psychotropes dans la population active reste élevée et demeure un sujet d'intérêt en matière de santé.

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada indiquent que 8% des répondants en emploi en 1994-1995 rapportaient avoir utilisé au moins un médicament de type tranquillisants, antidépresseurs, analgésiques narcotiques, morphines ou somnifères, et ce, au cours du dernier mois (McDonough, 2000). Une autre étude montre que parmi un échantillon de 2786 cols blancs de la région de Québec, un taux de prévalence de 3.9% de consommateurs de médicaments appartenant aux classes des antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs et psychostimulants a été observé sur une période de deux jours (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2000).

Une étude effectuée auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs français révèle quant à elle que 13.7% des répondants ont consommé des tranquillisants et des hypnotiques (12.1% chez les hommes et 16.4 % chez les femmes) dans le cadre de leur emploi (Beaujouan et al., 2005).

Une étude longitudinale effectuée auprès des travailleurs de la région de Toulouse, montre que sur les 1273 sujets, 9.1% consomment des médicaments psychotropes. Plus

en détail, 4.3% consomment des anxiolytiques, 1.9% des hypnotiques, 1.7% des antidépresseurs, 2.1% des opiacés et 0.5% des antipsychotiques, certains consommant plus d'une classe de médicaments à la fois (Ngoundo-Mbongue et al., 2005).

Une autre étude effectuée auprès des travailleurs toulousains, révèle que plus de 45% de ceux-ci consomment des médicaments psychotropes (Lapeyre-Mestre et al., 1999). Toutefois, la différence notable entre les résultats de l'étude de Ngoundo-Mbongue et al. (2005) et de Maryse Lapeyre-Mestre et al. (1999) au sujet de la prévalence de consommation de médicaments chez les travailleurs, peut s'expliquer par le fait que l'étude de Lapeyre-Mestre et ses collègues inclut des médicaments tels que des anti-inflammatoires, des médicaments pour la digestion et autres.

Ainsi, nous nous intéressons à la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. De plus, afin d'intégrer une analyse multidimensionnelle à cette problématique, nous étudierons l'effet modérateur de la famille sur cette relation.

Ce projet de recherche est divisé en trois chapitres. Dans le premier chapitre, nous allons présenter l'objet de recherche ainsi que l'état des connaissances. Dans le deuxième chapitre, nous allons nous concentrer sur la problématique de recherche, le modèle d'analyse et nos hypothèses/propositions de recherche. Le troisième chapitre sera consacré à la méthodologie et le quatrième chapitre sera, quant à lui, dédié aux résultats de la recherche. Finalement, la discussion sera présentée dans le cinquième chapitre de ce mémoire.

CHAPITRE 1

L'OBJET DE RECHERCHE ET L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 L'objet de recherche, les questions de recherche et la pertinence en relations industrielles

L'objet de ce mémoire de maîtrise vise à identifier les conditions de l'organisation du travail les plus susceptibles d'influencer la consommation de médicaments psychotropes et d'examiner si la situation familiale a un effet modérateur sur la relation entre le travail et la prise de psychotropes. Ce faisant, nous tenterons de répondre à deux questions de recherche.

Les deux questions de recherche ont été formulées, d'une part, afin de vérifier l'effet indépendant des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotrope et, d'autre part, afin de vérifier si la situation familiale a un effet modérateur sur la relation qui unit les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

- 1) *Les conditions de l'organisation du travail sont-elles associées à la consommation de médicaments psychotropes?*
- 2) *La situation familiale a-t-elle un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes?*

La question de recherche est pertinente et importante pour les relations industrielles, car elle intègre des éléments du travail à la consommation de médicaments psychotropes. Elle prend également en compte les divers changements qui surviennent dans le monde

du travail, tels que les changements organisationnels (ex. : réduction de personnel) associés à des conditions de l'organisation du travail difficiles (augmentation de la charge de travail et heures de travail), qui eux peuvent mener à une consommation de médicaments psychotropes. Tel que mentionné dans l'introduction, nous pouvons constater une hausse en termes de consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs en lien avec certaines conditions de l'organisation du travail. Il est évident, d'après les études à ce sujet, que le nombre de consommateurs de ce type de médicaments en milieu de travail est plus grand que ce que nous sommes portés à croire. L'objet de notre recherche relève sans aucun doute des domaines de la gestion des ressources humaines et de la santé et sécurité au travail, parties indissociables des relations industrielles. En effet, notre recherche pourrait permettre de développer des programmes de prévention et de nouvelles politiques, et ainsi prendre part dans l'amélioration de la santé des travailleurs (ex. : en réduisant les accidents de travail).

Finalement, nous pouvons constater qu'il n'existe pas de littérature abondante à ce sujet malgré l'augmentation de la prévalence de la consommation de ce type de médicament et des effets de celle-ci sur le travail. Bref, notre recherche va nous permettre de mieux comprendre cette problématique.

1.2 L'état des connaissances

Dans cette section, nous allons aborder les études qui ont traité de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes, de même que l'effet de la situation familiale sur cette relation. En premier lieu, nous présenterons la définition des médicaments psychotropes de même que le type de consommation lié à ceux-ci. Par la suite, nous allons exposer les diverses conditions de l'organisation du travail pouvant mener à une consommation de ce type de médicament. En dernier lieu, il conviendra de faire ressortir les études portant sur la situation familiale et les caractéristiques individuelles qui peuvent influencer le risque de consommer des

médicaments psychotropes. Des tableaux synthèses des articles traités sont présentés en détail à l'Annexe 1.

1.2.1 Définition de la consommation de médicaments psychotropes

Un stress persistant peut causer un changement neurochimique et hormonal chez une personne, ce qui peut être lié à l'anxiété, la dépression, l'hypertension, l'affaiblissement du système immunitaire et l'augmentation des risques de développer un cancer ou une maladie coronarienne. Afin de réduire ces conséquences négatives du stress, les individus tendent à se faire prescrire des médicaments (Muntaner et al., 1995). Les médicaments qualifiés de « psychotropes » sont parmi les médicaments les plus utilisés.

Cohidon et ses collègues définissent la consommation de médicaments psychotropes par la prise fréquente, au moins une fois par semaine depuis 6 mois, d'au moins une des trois catégories de médicaments, soit des médicaments pour dormir, des médicaments contre la nervosité ou l'angoisse et des médicaments contre la fatigue (Cohidon et al., 2005). Dans la littérature, les définitions de la consommation de médicaments psychotropes manquent d'uniformité à deux points de vue, soit par rapport à la définition même du terme « psychotrope », mais également en fonction de la période de référence de la consommation (ex. : consommation depuis les 12 derniers mois). Premièrement, nous pouvons constater qu'il n'existe pas de définition opérationnelle du terme psychotrope. En effet, ce terme peut englober de nombreux médicaments. Les stupéfiants (opium, morphine, codéine, cocaïne, chanvre etc.) sont dotés d'un effet analgésique narcotique et euphorisant et leur usage immodéré et prolongé produit un état de tolérance et de dépendance (Baird et Brière, 2000). Conséquemment, la documentation scientifique et dans l'usage courant, une grande confusion règne entre les termes psychotropes, narcotiques et stupéfiants (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2000). Pour le bien de notre recherche, nous allons soustraire l'information concernant les stupéfiants.

Deuxièmement, la période de référence peut s'étendre de deux jours à un an. Certaines études demandent aux participants s'ils ont consommé depuis les deux derniers jours (Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999), depuis un mois (Lapeyre-Mestre et al., 2004; Noundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004) ou depuis les 12 derniers mois (Beaujouan et al., 2005; Virtanen et al., 2007).

Ces disparités rendent difficile d'une part la comparaison entre les divers articles et d'autre part une meilleure compréhension de la consommation de ce type de médicament. En contrepartie, tous les auteurs recensés dans ce mémoire mesurent une consommation simple et non combinée des médicaments psychotropes.

Tel que recensé dans les écrits, le terme « psychotrope » peut englober plusieurs médicaments, ce pourquoi il est nécessaire d'avoir une classification reconnue des médicaments. Dès lors, il existe deux systèmes de classification reconnus et utilisés en Amérique du Nord, celle de la classification *Anatomique, Thérapeutique, Chimique* (classification ATC) et celle utilisée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), soit « *The American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme* ».

La classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) est recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2000) et adoptée par sa Direction générale de la protection de la santé. Le système ATC a été émis en place afin de permettre une comparaison internationale en ce qui concerne l'usage des médicaments. Les médicaments psychotropes sont des médicaments du système nerveux et selon la classification de l'ATC, les médicaments du système nerveux appartiennent à sept sous-groupes, soit les anesthésiques, les analgésiques, les antiépileptiques, les antiparkinsoniens, les psycholeptiques, les psychoanaleptiques et les autres médicaments du système nerveux.

Dans la littérature, beaucoup d'auteurs privilégient la classification de l'ATC afin de définir les médicaments psychotropes dans leurs études (Kivimaki et al., 2006; Kivimaki

et al., 2007; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Virtanen et al., 2007; Virtanen et al., 2008).

Dans la présente étude, nous allons également utiliser la classification du système ATC afin d'identifier les différentes substances qui se classent dans la catégorie des médicaments psychotropes. Les dérivés des benzodiazépines dans la classe des antiépileptiques (N03AE), les psycholeptiques (N05) et les psychoanaleptiques (N06) sont les médicaments qui seront retenus ici puisque ceux-ci sont prescrit pour les désordres psychiatriques mineurs (ex. : dépression, anxiété). Ainsi, à titre de psychotropes nous allons évaluer la consommation d'antidépresseurs, de tranquillisants et de somnifères. Le premier type de médicaments est majoritairement utilisé en tant que traitement contre la dépression et autres troubles de l'humeur (ex. : Prozac), le second traite principalement les troubles d'anxiété (ex. : Ativan) et le dernier est utilisé surtout en ce qui a trait aux troubles du sommeil (ex. : Imovane). Tel que mentionné précédemment, seules les substances psychotropes légales seront considérées dans ce présent mémoire.

La deuxième classification est celle utilisée par la RAMQ, soit « The American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme » et est davantage utilisée aux États-Unis. D'ailleurs, cette dernière n'a pas été citée dans les articles faisant une association entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, la sous-classe des psychotropes ne contient pas tous les médicaments intégrés dans la définition que nous retenons dans cette présente étude. En effet, la sous-classe des psychotropes inclut les antidépresseurs et les tranquillisants, mais pas les autres psychotropes que nous avons identifiés à partir de la classification de l'ATC.

Maintenant que nous connaissons les différentes classifications des médicaments psychotropes, nous sommes en mesure de définir les trois comportements de consommation recensés dans la littérature en ce qui a trait à la main-d'œuvre. En effet,

selon Lapeyre-Mestre et ses collègues (2004), il existe trois comportements de consommation de médicaments, soit une consommation pour être en forme au travail (à l'aide entre autres de psycholeptiques); une permanence de ces médicaments pour traiter un symptôme gênant au travail (à l'aide d'analgésiques principalement et de psycholeptiques); et la prise de médicaments pour se détendre ou dormir au décours d'une journée de travail difficile (à l'aide de psycholeptiques répartis également entre les anxiolytiques et les hypnotiques). Une étude effectuée auprès de 2106 travailleurs de la région de Toulouse, nous révèle que 20% d'entre eux utilisent un médicament pour être en forme au travail; 12% prennent leur médicament sur le lieu de travail pour un symptôme gênant; et 18% utilisent un médicament pour se détendre au décours d'une journée difficile (Lapeyre-Mestre et al., 2004).

Une consommation régulière de médicaments psychotropes peut avoir certains impacts à divers niveaux, soit sur le plan de la dépendance aux médicaments, des accidents de travail de même que sur les coûts associés à ce type de consommation. En effet, l'usage de médicaments psychotropes peut entraîner de la dépendance (Muntaner et al., 1995). Les sous-groupes de médicaments psychotropes impliqués dans la dépendance sont majoritairement les analgésiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs (Ngoundo-Mbongue et al., 2005). Une autre étude effectuée auprès des travailleurs de Toulouse, reflète une dépendance aux médicaments psychotropes de 3.5% (Ngoundo-Mbongue et al., 2005). Il est intéressant de constater que la dépendance aux médicaments psychotropes concerne chez un individu, plusieurs substances (par exemple alcool et tranquillisants). En effet, il pourrait y avoir certains « patterns » de dépendance aux substances (Beaujouan et al., 2005). Enfin, un autre fait intéressant en lien avec la dépendance est que celle-ci semble être liée à une perception négative des conditions de l'organisation du travail (Beaujouan et al., 2005).

Deuxièmement, il est important de se pencher davantage sur ce type de consommation, car il augmente le risque d'accidents de travail (Bhattacharjee et al., 2003) et cela peut être très coûteux pour les entreprises qui désirent être performantes. En effet, une étude à l'échelle canadienne dirigée par MacDonald révèle que sur 882 personnes consommant

des somnifères, des stimulants ou des tranquillisants, 37 ont rapporté avoir eu un accident de travail (McDonald, 1998). Une autre étude à l'échelle canadienne révèle que 27.3% des 1242 personnes décédées suite à un accident de travail, en 1994, avaient consommé des drogues (dont des médicaments psychotropes) avant l'accident (Greenberg et al., 1999).

1.2.2 État des connaissances concernant la profession, les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre

Dans la section suivante, nous allons aborder les études ayant montré un lien entre la profession, les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

1.2.2.1 La profession

La majorité des études utilisent les classes de professions provenant de la classification nationale des pays où la recherche est effectuée et sont habituellement regroupées en catégories professionnelles plus ou moins détaillées, selon la taille de l'échantillon provenant de l'étude. Dans la littérature, les auteurs ne sont pas unanimes quant à une relation possible entre la profession et la consommation de médicaments psychotropes.

L'étude de Kivimäki et al. (2007b) faisant la distinction entre les sexes s'intéresse à la relation entre le statut socioéconomique (éducation et profession) et la consommation de médicaments psychotropes. Les résultats de cette étude suggèrent que chez l'homme, l'usage d'antidépresseurs est moins fréquent chez les professions manuelles tout comme chez les groupes ayant un faible niveau d'éducation. Pour appuyer ceci, le fait d'avoir un niveau hiérarchique plus élevé (exécutifs seniors versus employés) en entreprise contribuerait à augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes

(Ngoundo-Mbongue et al., 2005). Dans le même sens, le risque de consommation chez les hommes est plus élevé chez les grades non-manuels élevés que chez les autres grades (Virtanen et al., 2007). Ces résultats nous portent à croire que plus les travailleurs ont des responsabilités dans leur rôle (exécutif senior), plus ils consomment des médicaments psychotropes. Toutefois, chez la femme, la position socioéconomique ne semble pas être liée à la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, une classe d'antidépresseurs (soit les tricycliques) semblait plus prononcée chez les employées manuelles à comparer aux femmes non-manuelles (Kivimäki et al., 2007b).

Une autre étude, celle de Virtanen et al. (2008), a tenté de faire une même distinction selon les sexes et indique que l'usage d'antidépresseurs est plus fréquent chez les hommes ayant un faible niveau socioéconomique (niveau d'éducation et profession) à comparer à des hommes ayant un haut niveau socioéconomique, ce qui vient contredire les résultats précédemment démontrés. Chez les hommes ayant un faible niveau socioéconomique, la force de la relation augmentait plus un emploi temporaire était instable (contrat de 0-6 mois versus contrat de 6 mois-1 an). Toutefois, les auteurs ont noté une relation moins évidente pour ce qui est des femmes. En effet, un emploi temporaire de courte durée (0-6 mois) est lié à un risque légèrement plus élevé de consommation d'antidépresseurs chez les employées non-manuelles à comparer aux employées manuelles. Ceci pouvant être justifié par le fait que les femmes n'ont pas autant de possibilité d'occuper un emploi élevé dans la hiérarchie organisationnelle comparativement aux hommes. En outre, une étude faisant abstraction du genre révèle que les catégories professionnelles des employés et celle des ouvriers sont plus susceptibles d'utiliser des médicaments, surtout des psychotroques, en relation avec leur travail (Lapeyre-Mestre et al., 2004). Cette dernière étude vient contredire le fait que les hauts dirigeants sont plus susceptibles de consommer des médicaments à comparer à un groupe de professions plus bas dans la hiérarchie.

D'autre part, l'usage de benzodiazépines semble être plus courant chez les employés du secteur des services, particulièrement dans les organismes sans but lucratifs. De plus, il

s'avère plus courant chez les hommes cols blancs tels que les travailleurs de bureau et les travailleurs œuvrant dans les services (Kouvonen et al., 2008; Pelfrene et al., 2004).

Une étude française divergente révèle que les employés non-manuels sont plus orientés vers l'homéopathie plutôt que vers les médicaments psychotropes à comparer aux employés manuels (Lapeyre-Mestre et al., 1999). Ce résultat peut être expliqué par le fait que l'environnement socioculturel peut avoir une influence par rapport à la consommation des différents types de médications. Toutefois, l'étude indique qu'il n'existe pas de différence notable en termes de consommation de médicaments psychotropes chez les employés manuels et non-manuels. Enfin, une étude suggère que la profession est statistiquement significative quoiqu'elle ne contribue qu'à expliquer qu'une très faible part de la variation de la consommation de médicaments psychotropes, soit 2.2% (Marchand et al., 2006).

Finalement, d'autres études arrivent à des résultats contraires en démontrant que la profession n'est pas liée de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes (Cohidon et al., 2005; Moisan et al., 1999).

Nous pouvons noter une grande divergence dans les résultats puisque chaque étude peut créer ses propres classes de professions, ce qui rend difficile les comparaisons entre les études entourant les professions. De plus, certains auteurs étudient le niveau socioéconomique, c'est-à-dire le niveau d'éducation avec la profession, ce qui peut biaiser les résultats puisque ces études n'examinent pas toujours l'effet seul de la profession sur la consommation de médicaments psychotropes.

1.2.2.2 Les conditions de l'organisation du travail

Bien que les connaissances sur la consommation de médicaments psychotropes soient dans un état embryonnaire, certains travaux rapportent un effet des conditions de l'organisation du travail sur ceux-ci. En effet, on observe que les personnes soumises à des contraintes élevées au travail auraient entre 1,2 et 1,5 fois plus de chance de

consommer des drogues ou des médicaments comparativement à des postes ayant des contraintes plus faibles (McDonough, 2000; Storr et al., 1999). Cette section sera ainsi divisée en cinq parties incluant les modèles explicatifs.

Selon certains auteurs, les conditions de l'organisation du travail peuvent être divisés en quatre dimensions, soit la conception des tâches, les demandes du travail, les relations sociales et les gratifications (Marchand et al., 2006). Ainsi, il conviendra de suivre la même structure dans notre étude.

1.2.2.2.1 La conception des tâches

Le type de tâche et la manière de l'exercer peuvent énormément varier d'une profession à une autre et d'un secteur économique à un autre (Marchand et al., 2006). La notion de « conception des tâches » peut être définie en fonction de trois facteurs distincts, soit l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle aussi bien que la latitude décisionnelle.

- L'utilisation des compétences

L'utilisation des compétences peut être définie comme étant les compétences et les qualifications particulières qu'un individu doit posséder et utiliser pour accomplir les tâches qui lui sont demandées (Karasek, 1979). L'utilisation des compétences en lien avec la consommation de médicaments psychotropes devra davantage être étudiée dans des études ultérieures puisque pour l'instant, il n'existe pas suffisamment de donnée pour développer sur cette possible relation. Une étude, celle de Marchand et ses collègues, n'a pas trouvé de lien significatif entre l'utilisation des compétences et la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006). En outre, l'utilisation des compétences fait davantage partie des études qui observent ses effets combinés avec d'autres conditions de l'organisation du travail, tel que les demandes physiques (Muntaner et al., 1995) et l'autorité décisionnelle (Pelfrene et al., 2004). Toutefois, nous

pouvons supposer que plus un individu fait usage de ses compétences dans le cadre de ses fonctions et en tire une certaine satisfaction, moins il ressentira une tension et moins il risque de consommer des médicaments psychotropes. À l'aide du présent mémoire, nous espérons faire avancer les connaissances à ce sujet.

- L'autorité décisionnelle

L'autorité décisionnelle représente le niveau de contrôle plus ou moins élevé que l'individu exerce sur son travail, ainsi que le niveau d'autonomie qui accompagne son travail au cours d'une journée de travail (Karasek, 1979). Une étude a tenté d'observer l'effet de l'autorité décisionnelle sur la consommation de médicaments psychotropes, mais aucun lien significatif n'a été trouvé (Marchand et al., 2006). Enfin, une autre étude révèle que parmi les employés impliqués dans la planification du travail, seulement 4.1% consommaient des médicaments psychotropes en comparaison avec 9.5% de ceux n'ayant aucune influence dans la planification (Traweger et al., 2004). Dans cette étude, les employés impliqués dans la planification du travail ont ainsi un niveau de contrôle plus élevé sur les tâches. Ceci peut nous laisser penser que plus un travailleur possède une autorité décisionnelle élevée et se sent en contrôle face à son travail, moins il vivra de tension et moins il risque de consommer des médicaments psychotropes.

- La latitude décisionnelle

La latitude décisionnelle représente la combinaison de l'autorité décisionnelle et de l'utilisation des compétences au travail (Karasek, 1979). Selon Karasek, une faible latitude décisionnelle peut mener à une consommation de médicaments psychotropes (Karasek, 1990). Une autre étude, celle de Pelfrene et ses collègues, suggère que l'usage de benzodiazépines durant le dernier mois est inversement corrélé au niveau de latitude décisionnelle (Pelfrene et al., 2004). Cela suggère que plus un travailleur possède une autorité décisionnelle élevée et utilise ses compétences dans le cadre de ses fonctions, plus il se sentira en contrôle et compétent dans le poste qu'il occupe et moins il ressentira

une tension. Ainsi, le travailleur verra ses risques de consommer des médicaments psychotropes diminuer.

1.2.2.2.2 Les demandes du travail

Les demandes du travail réfèrent à la charge de travail de l'individu, à ses obligations envers l'organisation, ainsi qu'aux efforts personnels qu'il doit fournir pour atteindre ses objectifs en termes de rendement (Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990). Les demandes du travail peuvent être divisées en trois catégories, soit les demandes physiques, les demandes psychologiques et les demandes contractuelles.

- Les demandes physiques

Les demandes physiques peuvent être conceptualisées en termes de conditions de l'organisation du travail risquées ou dangereuses pour la santé des travailleurs. Ainsi, elles peuvent comporter un niveau élevé de bruit, de poussière, de chaleur ou de froid et pouvant occasionner de la fatigue chez les travailleurs (Marchand et al., 2006).

Certains emplois à risque contiennent des demandes physiques exigeantes. En effet, une enquête auprès des salariés du Nord-Pas-de-Calais en France a mis en évidence la relation entre des postes de sécurité et la prévalence élevée d'exposition à des substances psycho-actives licites (médicaments, alcool, café) et illicites en milieu de travail (Haguenoer et al., 1997). En effet, nous pourrions penser que lorsque les demandes physiques liées au travail sont élevées, certains individus seraient davantage portés à consommer des médicaments dans le but d'augmenter leur performance d'un point de vue physique.

Toutefois, une étude montre qu'un emploi ayant un niveau de demandes physiques élevé n'a pas d'influence sur la consommation de médicaments psychotropes (McDonough, 2000). Cette étude souligne un biais possible quant à la subjectivité des réponses par

rapport à l'exposition aux conditions de l'organisation du travail et les risques que ceux-ci peuvent avoir sur la santé. Ainsi, cette étude possède un problème au niveau de la mesure.

- Les demandes psychologiques

Les demandes psychologiques peuvent être associées aux éléments de la charge de travail tels que la quantité demandée, les limitations temporelles et l'effort mental requis pour accomplir le travail exigé (Karasek, 1979). De plus, elles peuvent se référer au rythme de travail, aux demandes conflictuelles et à l'ambiguïté de rôle (Marchand et al., 2006).

Le développement du secteur tertiaire fait reculer les risques physiques, mais accroît le poids relatif des facteurs mentaux et psychologiques dans les préoccupations de santé au travail (Cézard et al., 1992). En effet, selon une étude québécoise effectuée par Hamon-Cholet et al. (2000), 30% des salariés vivent des situations de tension avec le public, ce qui augmente les demandes psychologiques au travail. De plus, depuis les années 80, les nouvelles formes d'organisation du travail (entre autres basées sur le modèle japonais) renforcent l'autonomie des salariés dans le but de répondre aux impératifs de compétitivité. Toutefois, la contrepartie de cette plus grande responsabilisation et de cette plus forte implication dans les entreprises est un accroissement relatif de la charge mentale au travail (Hamon-Cholet et al., 2000).

Les auteurs s'entendent pour affirmer que les demandes psychologiques élevées sont associées à la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006). Pelfrene et ses collègues concluent sur la même note en affirmant qu'il existe une relation positive et significative entre les demandes psychologiques élevées (charge de travail élevée et travail acharné) et la consommation de benzodiazépines (Pelfrene et al., 2004).

Une étude effectuée sur 3 476 médecins anesthésistes-réanimateurs français suggère un lien entre la nature de l'emploi accompagnée des demandes psychologiques élevées (par exemple la surcharge de travail) et la consommation de substances telles que des

tranquillisants, hypnotiques et autres (Beaujouan et al., 2005). Cette même étude montre que la prévalence de l'abus et de la dépendance vis-à-vis des tranquillisants et hypnotiques est de 13.7% avec une proportion de femmes plus importante. En outre, nous pouvons penser que certaines substances telles que les opiacés ou des agents anesthésiques qui sont « à portée de main » représente un facteur de risque aggravé pour les médecins en général, mais encore plus pour les anesthésistes.

Cela suggère que certains travailleurs peuvent être portés à consommer des médicaments psychotropes pour être plus alerte ou pour faire face à la tension psychologique au travail, celle-ci étant imposée par la charge de travail, le rythme et les demandes conflictuelles.

- Les demandes contractuelles

Les demandes contractuelles se réfèrent aux heures de travail et aux horaires. Une étude rapporte que le nombre d'heures travaillées diminue légèrement le risque de consommer des médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006). D'autre part, une étude concernant les employées d'hôpitaux montre que les contraintes dues à l'horaire de travail peuvent également influencer le niveau de consommation de médicaments psychotropes (Estryn-Behar et al., 1990). Une étude révèle que sur 700 répondants autrichiens de la région du Tyrol, 4.6% des employés satisfaits de leurs heures de travail consommaient déjà des médicaments psychotropes. En contre partie, le fait d'être insatisfait des heures de travail augmentait la prévalence de consommation à 14.7% (Traweger et al., 2004). Cela suggère que plus le nombre d'heures travaillées est élevé, moins un travailleur a du temps à consacrer à ses loisirs et il est davantage exposé aux tensions liées aux conditions de l'organisation du travail. Ceci pourrait augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes chez les travailleurs. De plus, concernant l'horaire de travail, plus un horaire de travail est irrégulier, plus il peut générer de la tension chez le travailleur de par son instabilité et ceci peut le pousser à consommer des médicaments psychotropes.

De plus, le fait d'être à temps plein versus à temps partiel a un impact sur la consommation de médicaments, tels que des antidépresseurs, des benzodiazépines, des analgésiques et des stimulants (Traweger et al., 2004). Toutefois, Traweger et ses collègues concluent que la consommation de médicaments psychotropes ne dépend pas des demandes du travail et que ceux-ci jouent un rôle moins important que celui d'un mauvais environnement de travail, du rejet au travail et d'une faible satisfaction au travail. En fait, une bonne atmosphère de travail, des conditions de l'organisation du travail satisfaisantes et un haut niveau d'auto-détermination ont une influence positive pour affronter les demandes du travail (telles que les demandes contractuelles) (Traweger et al., 2004).

1.2.2.2.3 Les relations sociales

- Le soutien social au travail

Selon Karasek et Theorell (1990), le soutien social au travail se définit à travers toutes interactions ou relations sociales chez les travailleurs vivant parmi des conditions de l'organisation du travail difficiles. Le soutien qu'un employé recevra aura un impact sur le contrôle que cet employé pourra enfin exercer sur ces conditions de l'organisation du travail. De plus, le soutien social peut provenir autant des collègues que des superviseurs. Enfin, le soutien social au travail comporte certaines dimensions, dont les dimensions instrumentale et émotionnelle. La première dimension implique qu'une aide matérielle sera apportée à un employé afin qu'il puisse exercer ses tâches de manière convenable (ex. : fournir à un employé un logiciel plus performant). La deuxième dimension se réfère à un partage émotionnel et à une écoute à propos d'une difficulté au travail (ex. : se confier à son collègue par rapport à la pression ressentie au travail).

Une étude de McDonough (2000) révèle qu'un faible soutien social au travail peut augmenter, à lui seul, les risques de consommer des médicaments psychotropes à 46%. Une autre étude effectuée auprès des travailleurs québécois révèle que le soutien social

est associé à la consommation de médicaments psychotropes (Moisan et al., 1999). Des résultats similaires sont rapportés dans une autre étude canadienne (Marchand et al., 2006). En effet, cela suggère que le soutien social au travail permet à l'individu de se confier, de partager ses craintes avec d'autres, ce qui peut diminuer la tension vécue par le travailleur et ceci peut réduire ses risques de consommer des médicaments psychotropes.

En contrepartie, Pelfrene et ses collègues trouvent que le soutien social au travail n'a pas un effet indépendant et significatif sur l'usage de benzodiazépines (Pelfrene et al., 2004). En outre, les mêmes auteurs notent à l'aide des résultats, qu'un manque de soutien social au travail pourrait avoir un impact sur la consommation de benzodiazépines, toutefois, son effet est faible par rapport aux autres difficultés du travail (telles que les demandes élevées et une faible latitude décisionnelle).

- Le capital social

Une autre notion ayant trait à l'environnement de travail est celui du capital social qui se définit comme étant les normes de réciprocité et de confiance, des associations formelles ou non-formelles et la participation civique qui facilite l'action collective pour les bénéfices mutuels (Putnam, 2000). Il s'agit en quelque sorte de l'esprit d'équipe, du niveau d'acceptation de chacun, de confiance, de coopération et de transparence, et ce, non seulement entre travailleurs, mais aussi entre travailleurs et superviseurs.

Nous avons recensé une seule étude abordant la notion de capital social. Cette étude note que le risque d'une consommation d'antidépresseurs et/ou d'un diagnostic de dépression est d'environ 20% à 30% plus élevé pour les employés avec un faible capital social à comparer à ceux avec un capital social élevé (Kouvonen et al., 2008). Cela suggère que le fait d'être entouré dans l'exécution d'une tâche peut réduire la tension vécue par un individu. En quelque sorte, ceci empêche l'employé de sentir que tout repose sur ses propres épaules et ainsi cela peut diminuer le risque de consommer des médicaments psychotropes.

- Le mobbing/ forme d'harcèlement en milieu de travail

Heinz Leymann (1996) définit le « mobbing » comme étant un harcèlement, un regroupement d'individus contre un autre employé ou encore de terroriser de manière psychologique les autres travailleurs. Il ne s'agit pas d'un terme nouveau, toutefois il a commencé à être documenté durant les années 1980.

Cette forme d'harcèlement crée inévitablement une atmosphère de travail contraignante pour ceux qui en sont victimes et pour les individus qui en sont témoins, mais qui se sentent impuissants. L'expérience du rejet au travail a des effets négatifs sur le bien-être des individus qui en font l'expérience. Seulement 4.1% des employés qui n'ont pas eu de difficultés au travail, ont pris des médicaments (tel que des antidépresseurs, des benzodiazépines, des analgésiques, des stimulants et des phyto-thérapeutiques) afin de faire face aux demandes régulières du travail, comparé à 20% de ceux ayant été victimes de rejet. Nous remarquons que le pourcentage quadruple, ce qui souligne l'importance de se pencher sur ce fléau qu'est le mobbing. De plus, quant au type de médicaments pris dans les cas de ce type d'harcèlement, seulement la consommation de tranquillisants et d'antidépresseurs augmentent (Traweger et al., 2004). Nous pouvons penser que le fait de vivre du harcèlement peut contribuer à abaisser la confiance en soi et peut créer une tension psychologique chez l'individu qui en souffre. Afin de surmonter cette forme de rejet, les travailleurs peuvent être poussés à consommer des médicaments psychotropes.

1.2.2.2.4 Les gratifications

Les gratifications dans le milieu de travail font entre autres référence au salaire, à la sécurité d'emploi et à la satisfaction au travail. Bref, il peut s'agir d'une marque de reconnaissance en lien avec un travail bien accompli (Godin et al., 2005). Cette gratification peut entraîner une satisfaction psychologique ou matérielle. Il peut s'agir de tout élément positif que le travail peut apporter à un individu dans le cadre de ses fonctions.

- Le revenu professionnel

À notre connaissance, peu d'auteurs étudient l'effet du revenu professionnel sur la consommation de médicaments psychotropes. Deux études effectuées auprès de la population de travailleurs canadiens révèlent que le revenu professionnel n'est pas associé à la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000). Toutefois, nous pourrions penser que plus le revenu professionnel est élevé, plus l'employé a accès à un meilleur niveau de vie et ne connaîtra pas d'angoisse liée à des difficultés financières. Ainsi, le fait d'avoir un revenu professionnel élevé peut favoriser une diminution de la tension vécue chez un individu et peut agir en tant que facteur de protection vis-à-vis de la consommation de médicaments psychotropes.

- La sécurité d'emploi

L'absence de sécurité d'emploi peut être définie comme étant la perception d'une menace possible à la continuité de l'emploi (Jacobson, 1987). Ainsi, dans un contexte de restructuration afin d'augmenter la productivité et de réduire les coûts de l'entreprise, plusieurs employés peuvent ressentir de l'insécurité face à leur emploi (Bluestone et al., 1982; White et al., 1997)

En effet, dans un contexte de forte concurrence, certaines entreprises tendent à offrir des emplois temporaires et des emplois à temps partiel. Ce type de contrat de travail peut générer un sentiment d'insécurité chez les employés de par la nature instable de ces contrats (Benach et al., 2000; Virtanen et al., 2003b)). Ainsi, une étude effectuée en Finlande suggère que les employés temporaires sont plus susceptibles de consommer des antidépresseurs, et ce, autant chez les femmes que chez les hommes. En outre, plus la période de contrat diminue, plus les travailleurs des deux sexes sont susceptibles de consommer des antidépresseurs (Virtanen et al., 2008). Cela nous pousse à croire que plus un travailleur vit une insécurité d'emploi, plus il risque de vivre une certaine tension

engendrée par l'effet d'instabilité de l'emploi. Ce sentiment d'instabilité et de perte de contrôle peut donc pousser un individu à consommer des médicaments psychotropes.

Dans une étude récente sur la santé des travailleurs, l'insécurité d'emploi a été classée parmi les éléments d'intérêt les plus importants. Dans cette étude, un tiers des employés canadiens croyaient en la possibilité de perdre leur emploi durant les deux années qui suivaient. De plus, 37% des travailleurs ne croyaient pas pouvoir se retrouver un emploi équivalent à celui qu'ils occupaient au moment de l'étude s'ils perdaient leur emploi durant les six prochains mois et si cette perte devenait réelle. La même étude indique que l'expérience d'une haute insécurité d'emploi peut augmenter le risque de consommer des médicaments psychotropes de 38% (McDonough, 2000).

Une autre étude révèle que sur 2106 répondants de l'agglomération toulousaine, 5% craignaient perdre leur emploi, cette crainte n'étant pas liée à l'âge ni au sexe des sujets (Lapeyre-Mestre et al., 2004). De plus, une permanence de médicaments psychotropes afin de soigner un symptôme gênant (à l'aide principalement de psycholeptiques) est associée à une précarité d'emploi.

Aussi, l'insécurité d'emploi peut être associée à une hausse du taux de prescription de médicaments psychotropes chez les hommes auprès des employés des groupes manuels et non-manuels. Pour ce qui est des femmes, l'insécurité d'emploi semble augmenter le taux de prescription seulement chez les groupes non-manuels. En outre, les hommes restant à l'emploi suite à une réduction en personnel ont un taux de prescription de médicaments psychotropes plus élevé que ceux n'ayant pas vécu une telle restructuration. L'effet chez les femmes est moindre et concerne davantage la consommation de médicaments de la classe des anxiolytiques (Kivimäki et al., 2007a).

Enfin, les auteurs s'entendent pour dire qu'il existe une association entre l'insécurité d'emploi et la consommation de médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007a; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Virtanen et al., 2008).

- La satisfaction au travail

Une étude effectuée auprès des travailleurs de Toulouse, reflète une dépendance aux médicaments psychotropes de 3.5% (Ngoundo-Mbongue et al., 2005). Celle-ci étant liée entre autres à une faible satisfaction au travail.

En outre, une étude montre que le besoin de prendre des médicaments psychotropes dépend grandement de la satisfaction au travail. En effet, la prévalence de consommation de ce type de médicament passe de 3.3% à 42.9 % lorsque la satisfaction au travail est faible (Traweger et al., 2004). À ce sujet, nous pouvons constater que les travailleurs consacrent en général beaucoup de temps à leur travail et celui-ci représente une grande partie de leur vie. Cela suggère que l'insatisfaction au travail pourrait être engendrée par des conditions de l'organisation plus pénibles voire plus stressante, ce qui génère une tension chez le travailleur. Ainsi, l'insatisfaction au travail pourrait mener un individu à consommer des médicaments psychotropes.

1.2.2.2.5 Les modèles explicatifs : modèles de Karasek et Siegrist

Dans la section précédente, nous avons observé que certaines conditions de l'organisation du travail jouent un rôle très important dans la consommation de médicaments psychotropes. Afin de mieux comprendre cette association, nous pouvons tirer profit de trois différents modèles explicatifs, soit le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979), le modèle demandes-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990) ainsi que le modèle déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist (1996).

- Le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979)

Le modèle demandes-contrôle de Robert Karasek est un des modèles qui a eu le plus d'influence dans la recherche sur les caractéristiques du travail et de la santé (Virtanen et al., 2007). Le modèle postule qu'une tension au travail peut avoir certains effets néfastes

sur la santé et le bien-être des employés selon deux caractéristiques du travail, soit la combinaison des demandes psychologiques élevées avec un faible niveau de contrôle des employés (aussi connu sous le nom de « latitude décisionnelle »). Certaines études antérieures font davantage référence au lien entre la tension au travail et les maladies cardiovasculaires, pourtant il existe une évidence qu'une combinaison de demandes élevées avec une faible latitude décisionnelle peut être associée à l'usage de médicaments psychotropes (Karasek, 1979; Moisan et al., 1999).

Nous pouvons maintenant approfondir sur les deux éléments qui créent une tension au travail. D'une part, les demandes psychologiques liées au travail font référence à la perception de la charge de travail (la quantité de travail et le rythme de travail, la pression du temps et la complexité des tâches (niveau de concentration requis et fréquence d'interruptions). D'autre part, la latitude décisionnelle fait référence à deux éléments, soit le contrôle qu'un travailleur exerce sur sa tâche et sur ses comportements durant une journée de travail et l'utilisation d'un éventail de compétences (Karasek et Theorell, 1990). D'ailleurs, la latitude décisionnelle est, selon Karasek, la dimension la plus critique de ce modèle.

En ce sens, le travail passif est caractérisé par des demandes psychologiques et une latitude décisionnelle faibles, ce qui n'apporte aucune signification et motivation vis-à-vis de la tâche. En contrepartie, le travail actif se caractérise par des demandes psychologiques et une latitude décisionnelle élevées.

Chez les cols blancs, l'introduction de nouvelles technologies, en particulier la bureautique, a souvent été accompagnée d'une rationalisation du travail entraînant une diminution de la latitude décisionnelle et une augmentation des demandes psychologiques du travail et du stress au travail (Bourbonnais et al., 1995).

En premier lieu, plusieurs études examinent l'effet combiné d'une faible latitude décisionnelle et des demandes psychologiques élevées sur la consommation de médicaments psychotropes. En effet, une faible latitude décisionnelle et des demandes

psychologiques élevées mènent à une consommation de médicaments psychotropes (Moisan et al., 1999; Virtanen et al., 2007). Moisan et ses collègues observent cette relation au niveau des tranquillisants, sédatifs, somnifères et stimulants (Moisan et al., 1999).

Une étude longitudinale effectuée auprès d'un échantillon de 8 748 individus dans la population de travailleurs canadiens suggère que les employés faisant l'expérience d'une faible latitude décisionnelle et des demandes élevées augmentent leur risque de consommer des médicaments psychotropes de 32% (McDonough, 2000). Une autre étude de Marianna Virtanen et ses collègues, conclut que chez l'homme, des demandes élevées et une faible latitude décisionnelle augmentent les risques de se faire prescrire des antidépresseurs (Virtanen et al., 2007).

Toutefois, des auteurs soulèvent le manque d'évidence quant à l'interaction entre les demandes du travail et la latitude décisionnelle et suggèrent plutôt un effet additif plutôt que synergique entre ces deux conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes (Virtanen et al., 2007).

- Le modèle demandes-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990)

Une autre dimension du travail fut ajoutée au modèle précédent, soit le soutien social au travail. Cette dimension fait référence à tous les niveaux d'interactions sociales disponibles au travail. Ainsi, le soutien social peut provenir autant des collègues de travail que des superviseurs. Le soutien social au travail agit en tant que variable modératrice sur l'interaction entre les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle. Le soutien social au travail implique un soutien instrumental ou technique et un soutien émotionnel. Le modèle suppose que les effets nocifs sur la santé peuvent être anticipés chez les travailleurs qui perçoivent les demandes élevées, un faible contrôle sur leurs tâches et un faible soutien social au travail. Cette hypothèse fait également référence à la notion de « iso-strain », soit de tension isolée et élevée.

Une étude effectuée auprès des travailleurs québécois indique que le soutien social est associé à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, le soutien social au travail n'a aucun impact sur la présence des demandes psychologiques élevées combinée à une faible latitude décisionnelle sur la consommation de médicaments psychotropes. Autrement dit, le fait d'avoir un bon soutien social au travail ne va pas nécessairement réduire le risque de consommer des médicaments psychotropes si le travailleur est confronté à des demandes psychologiques élevées combinées à une faible latitude décisionnelle (Moisan et al., 1999).

Toutefois, le soutien social au travail a un impact sur la consommation de médicaments psychotropes (effet protecteur), mais si les demandes sont élevées et que la latitude décisionnelle est faible, le soutien social ne réduit pas les risques de consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999).

- Le modèle déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist (1996)

Le modèle de déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist fait référence au contrat de non réciprocité, où les efforts appréciables d'un employé ne sont pas reconnus et récompensés à leurs juste valeur. Les récompenses peuvent être de toutes sortes, soit de l'argent, une promotion, une sécurité d'emploi ou tout simplement une marque de reconnaissance (« une tape dans le dos ») (Godin et al., 2005). En outre, le modèle de Siegrist est soutenu de manière empirique par plusieurs auteurs, dont Bourbonnais et al. (2005b) et Godin et al. (2005).

Un déséquilibre entre des efforts élevés au travail et des récompenses faibles (en termes de revenu par exemple) soit lié à un risque d'une plus faible santé mentale. Celle-ci étant mesurée par certains indicateurs dont la consommation de médicaments psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs et somnifères) (Godin et al., 2005).

En somme, nous pouvons constater que peu d'auteurs se réfèrent au modèle efforts-récompenses puisque celui-ci demeure un modèle récent.

1.2.3 État des connaissances concernant les facteurs hors-travail et individuels

Dans la section précédente nous avons été familiarisés avec les conditions de l'organisation du travail pouvant mener à une consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Toutefois, la problématique de la santé mentale dans la main-d'œuvre s'avère d'une grande complexité et il est primordial d'opter pour une approche qui intègre non seulement les facteurs du travail, mais aussi les facteurs hors-travail pouvant influencer l'équilibre de la personne.

1.2.3.1 La situation familiale

Dans la section qui suit, nous ferons ressortir certains éléments associés à la famille trouvés dans la littérature, qui ont un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. Bref, nous allons éclaircir les impacts du statut marital, du revenu du ménage et du statut parental sur la consommation de médicaments psychotropes.

En outre, il existe peu d'écrits faisant ressortir l'effet modérateur de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes (Pelfrene et al., 2004). Toutefois, certaines études intéressantes nous font réfléchir quant à une forte interaction entre la situation familiale et le travail comme par exemple la conciliation travail-famille : Grzywacz et al. (2000); Kossek et al. (1998). L'intérêt dans ce domaine est palpable lorsque nous constatons l'émergence des études par rapport à la conciliation travail-famille.

1.2.3.1.1 Le statut marital

En effet, plusieurs auteurs se sont penchés sur la relation entre le statut marital et la consommation de médicaments psychotropes. Le statut marital est un facteur lié à la consommation de médicament psychotropes chez les travailleurs (Lapeyre-Mestre et al.,

1999; Marchand et al., 2006). En effet, le fait d'être seul augmente les risques de consommer des médicaments psychotropes (Cohidon et al., 2005; Kouvonen et al., 2008; McDonough, 2000). Plus précisément, l'usage de benzodiazépines est plus élevé chez les hommes et les femmes vivant seuls (Pelfrene et al., 2004) et le fait d'être célibataire, séparé ou divorcé est un facteur de risque menant à l'abus et à la dépendance aux tranquillisants et hypnotiques (Beaujouan et al., 2005). Cela suggère que le fait de vivre en couple permet de bénéficier de la présence d'un confident avec qui partager les différentes tâches et responsabilités d'un ménage tout comme les épreuves de la vie. Ainsi, vivre en couple pourrait réduire les risques de consommer des médicaments psychotropes.

D'autres auteurs ont noté que les personnes veuves ou divorcées sont plus à risque de consommer des médicaments psychotropes en comparaison aux personnes célibataires ou mariées (Blennow et al., 1994; Empereur et al., 2003). Ces auteurs abordent plutôt la manière dont le statut marital se forge ou change (ex. : par un divorce ou bien un décès du conjoint). Nous pouvons aller jusqu'à supposer que ce sont les situations de vie liées au statut (ex. : décès du conjoint, divorce) qui pourraient avoir un impact en regard de la consommation de médicaments psychotropes.

Cette section soulève un lien significatif entre le statut marital et la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, dans une union qu'en est-il de la relation entre les deux individus à proprement dit? En effet, nous pourrions penser que le fait d'être dans un couple où les relations sont houleuses peut provoquer un stress et de l'insécurité. Ces conditions additionnées à des conditions de l'organisation du travail difficiles pourraient, selon nous, augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes. Or, aucune étude à notre connaissance n'aborde ce sujet en profondeur.

Enfin, une étude observe des résultats inverses à ceux déjà cités. En effet, les auteurs de cette étude ont trouvé une relation significative entre le statut marital et les demandes au travail prédisant une consommation d'antidépresseurs, celle-ci étant plus élevée auprès des femmes mariées (rapport de cotes pour les femmes non-mariées = 0.79 tandis que

pour les femmes mariées = 1.19) (Virtanen et al., 2007). Ces résultats peuvent laisser supposer une certaine accumulation de tâches et responsabilités parmi les femmes mariées (Denton et al., 2004). Les responsabilités s'avèrent plus élevées lorsqu'il y a présence d'enfant dans le ménage.

1.2.3.1.2 Le statut parental

Le statut parental peut se définir par le nombre d'enfants dans une famille en tenant compte de leur âge. Le nombre et l'âge des enfants peuvent ainsi avoir un impact sur la charge familiale. Or, très peu d'études, à notre connaissance, traitent de l'effet de la présence d'enfants et du nombre de ceux-ci dans une famille sur la consommation de médicaments psychotropes dans la population de travailleurs. Toutefois, certains auteurs s'entendent pour dire que la charge familiale peut venir s'ajouter à la charge de travail (Barnett et al., 1991; Skipper et al., 1990; Tierney et al., 1999), la charge pouvant être représentée par le nombre d'enfants au sein de la famille.

L'étude de Bourbonnais et Vézina (1995) se penche sur la charge familiale en traitant la notion de partage des responsabilités familiales et des tâches ménagères. Cet indice mesure le fardeau, sur la base du nombre de personnes dans le ménage et de leur degré respectif d'autonomie, ainsi que l'asymétrie dans l'accomplissement des tâches. Toutefois, l'étude ne fournit pas d'information sur le lien entre la charge au travail et la consommation de médicaments psychotropes, mais traite plutôt de la problématique de l'absentéisme. Néanmoins, cette étude révèle que la tension psychologique au travail associée à une charge familiale élevée peut être une cause d'absentéisme au travail. Nous pouvons donc conclure que la charge familiale a un impact sur le travailleur. De plus, cela suggère que le fait d'avoir des enfants peut réduire le temps de loisir des parents et augmente les responsabilités de ceux-ci. Lorsque nous parlons d'enfants en bas âge, cela implique également qu'ils requièrent davantage de l'attention, ce qui peut générer une tension chez le travailleur et le pousser à consommer des médicaments psychotropes afin de faire face aux exigences du travail qui s'ajoutent à ceux de la famille.

1.2.3.1.3 Le statut économique du ménage

Le revenu du ménage correspond au niveau de suffisance du revenu et tient compte du nombre de personnes dans le ménage. Peu d'études, à notre connaissance se sont penchées sur l'effet du revenu du ménage sur la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, la majorité des chercheurs ont conclu que le revenu du ménage n'était pas lié de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999; Virtanen et al., 2007). À ce sujet, nous pourrions toutefois penser que le fait d'avoir un faible statut économique implique le fait d'avoir moins de ressources, ce qui peut générer plus de tension. Par conséquent, le fait d'avoir un revenu économique faible pourrait favoriser la consommation de médicaments psychotropes. En somme, la situation familiale a surtout été mise en relation directe avec la consommation de médicaments psychotropes et l'effet modérateur de la famille ne semble pas avoir été étudié jusqu'à maintenant.

1.2.3.2 La satisfaction globale hors travail

Il existe une association entre une faible satisfaction globale hors travail et la consommation de médicaments psychotropes (Lapeyre-Mestre et al., 2004; Ngoundo-Mbongue et al., 2005). La présence de problèmes extraprofessionnels, qu'ils soient d'ordre personnel, familial ou autre, est associé à la consommation de médicaments psychotropes (Lapeyre-Mestre et al., 1999). Cela suggère que certains problèmes extraprofessionnels (tels que le fait de prendre soin d'un proche atteint d'une maladie ou le fait de vivre un deuil) peuvent générer une tension que les travailleurs peuvent tenter d'apaiser à l'aide de ce type de médication.

1.2.3.3 Les caractéristiques démographiques

Concernant les caractéristiques démographiques, le genre est la composante la plus largement étudiée. La majorité des auteurs observent que les femmes sont plus à risque de consommer des médicaments psychotropes en lien avec les conditions de l'organisation du travail que les hommes (Chartrand, 2003; Godin et al., 2005; Kivimäki et al., 2007a; Kouvonon et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999, 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004). L'étude BELSTRESS effectuée en Belgique montre que des 21 419 participants, 5.6% des hommes ont rapporté un usage de benzodiazépines durant le dernier mois, tandis que chez les femmes le pourcentage était de 9.3% (Pelfrene et al., 2004).

Cependant, il semble que cela ne fasse pas l'unanimité puisque Moisan et ses collègues (1999) affirment que le sexe féminin n'est pas un facteur lié à la consommation de médicaments psychotropes. Les auteurs de cette étude pensent que cette absence de relation s'explique par la faible puissance statistique de leur étude.

Une autre composante souvent étudiée est celle de l'âge. Sur ce point, la majorité des auteurs affirment que la consommation de médicaments psychotropes augmente avec l'âge (Chartrand, 2003; Godin et al., 2005; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004). En effet, l'usage de benzodiazépines est plus élevé chez les répondants plus âgés (Pelfrene et al., 2004).

Toutefois, une précision s'impose puisque McDonough (2000) affirme que l'usage de médicaments psychotropes est moins prononcé chez les plus jeunes et les personnes plus âgées. En outre, ces mêmes auteurs ont observé que la consommation de ce type de médicament augmente avec l'âge certes, mais jusqu'à l'âge de la mi-quarantaine et ensuite elle tend à diminuer.

La scolarité est également un facteur qui est mis en relation avec la consommation de médicaments psychotropes. Des études révèlent que l'éducation est un facteur associé à la consommation de médicaments psychotropes (Lapeyre-Mestre et al., 1999; Moisan et al., 1999; Kivimäki et al., 2007b). Pelfrene et ses collègues ont noté que l'usage de benzodiazépines était plus commun chez les femmes avec un faible niveau d'éducation que celles avec un niveau d'éducation plus élevé (Pelfrene et al., 2004). Toutefois, d'autres études montrent que l'éducation n'est pas liée à la consommation de médicaments psychotropes (Cohidon et al., 2005; McDonough, 2000).

1.2.3.4 L'état de santé et les habitudes de vie

1.2.3.4.1 L'état de santé

Une étude effectuée auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs français suggère que la dépendance aux médicaments psychotropes est associée à des perturbations du sommeil (Beaujouan et al., 2005). Une autre étude effectuée auprès des travailleurs de la région de Toulouse partage les mêmes résultats (Ngoundo-Mbongue et al., 2005).

1.2.3.4.2 La consommation de café/thé

Le recours à des médicaments psychotropes, plus précisément des psycholeptiques, est associé à la caféine. De plus, ce recours semble être plus fréquent chez les employés et les ouvriers (contrairement aux professions supérieures et intermédiaires) (Lapeyre-Mestre et al., 2004)

1.2.3.4.3 La consommation d'alcool

Une étude révèle que la consommation d'alcool est liée au fait de prendre des médicaments pour se détendre ou dormir au cours d'une journée de travail difficile. Les médicaments consommés dans ce but sont majoritairement des anxiolytiques et des hypnotiques (Lapeyre-Mestre et al., 2004).

D'autres études établissent un lien positif entre la consommation d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005; Kouvonen et al., 2008; Ngoudo-Mbongue, 2005). Une étude en Finlande, révèle que les travailleurs qui consomment des antidépresseurs sont souvent des plus grands consommateurs d'alcool (Kouvonen et al., 2008). D'autre part, l'étude de Ngoudo-Mbongue (2005) révèle que l'usage de médicaments psychotropes est associé à un comportement d'amélioration de la performance à l'aide de consommation d'alcool. En outre, l'abus d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes tendent à être présents plus longtemps chez l'individu au cours des ans (Marchand et al., 2006).

Toutefois, le lien entre la consommation de médicaments psychotropes et l'abus d'alcool ne fait pas l'unanimité, car dans l'étude de Moisan et al., (1999), il n'existe pas de relation significative entre la consommation de médicaments psychotropes et la consommation d'alcool. Ceci pouvant être expliqué par le fait que la prise de médicaments psychotropes est évaluée sur une période de deux jours, ce qui limite certaines observations.

1.2.3.4.4 La consommation de tabac/dépendance à la nicotine

La nicotine est un stimulant mineur du système nerveux central. Plusieurs auteurs montrent une association entre la dépendance aux médicaments psychotropes et la dépendance à la nicotine (Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Ngoudo-Mbongue et al., 2005). De plus, une permanence de médicaments psychotropes afin de

soigner un symptôme gênant (à l'aide principalement de psycholeptiques) est associée à une dépendance à la nicotine. Ngoudo-Mbongue (2005) précise que la dépendance à la nicotine (mesurée à l'aide du test de Fagerström) semble être associée à la pharmacodépendance. En effet, il s'avère que de manière comportementale et pharmacologique, le processus menant à une dépendance à la nicotine serait le même que celui qui mène à une dépendance vis-à-vis des substances psychoactives, telles que des médicaments psychotropes (Corcos et al., 2003). Dans une population de travailleurs en Finlande, les auteurs ont trouvé que ceux qui étaient traités à l'aide d'antidépresseurs, étaient le plus souvent des fumeurs (Kouvonen et al., 2008).

Toutefois, une étude contradictoire note que la consommation de cigarette n'est pas liée de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes (Moisan et al., 1999). Cette divergence peut s'expliquer par le fait que cette étude ne mesure pas la dépendance à la nicotine telle que dans les études précédentes, mais plutôt le type de fumeur (non-fumeur, fumeur occasionnel, fumeur régulier) et que la prise de médicaments est mesurée sur une période de deux jours.

1.2.3.4.5 L'activité physique

Le niveau d'activité physique est associé à la consommation de médicaments psychotropes (Moisan et al., 1999). En effet, l'étude de Kouvonen et al., (2008) affirme que ceux qui font moins d'exercice sont plus à risque de consommer des antidépresseurs.

1.2.3.4.6 Le grignotage

Une étude révèle qu'une personne sur six consomme un ou plusieurs médicaments pour se détendre après le travail. Parmi ces médicaments, nous retrouvons surtout des psycholeptiques répartis également entre les anxiolytiques et les hypnotiques. Cette

consommation semble également être liée au fait de grignoter au travail et de se faire des gros repas après une journée difficile au travail (Lapeyre-Mestre et al., 2004).

La prochaine section, à la lumière de la revue de la littérature, présente une synthèse des connaissances, suivie du Chapitre 2 consacré à la problématique et au modèle d'analyse.

1.3 La synthèse de l'état des connaissances

Suite à la revue de la littérature, nous observons qu'il existe un lien entre certaines conditions de l'organisation du travail, la situation familiale, les caractéristiques individuelles et la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, l'état des études reste embryonnaire et le rôle que joue la famille sur la consommation de médicaments psychotropes est peu développé. La synthèse des études répertoriées de la littérature est présentée dans les tableaux suivants.

Le Tableau I présente une synthèse des conditions de l'organisation du travail pouvant avoir un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. Les Tableaux II et III présentent respectivement une synthèse des facteurs liés à la situation familiale (statut marital, statut parental et statut économique) et une synthèse des caractéristiques individuelles (caractéristiques démographiques, état de santé et habitudes de vie) toujours en lien avec la consommation de médicaments psychotropes.

Tableau I: Synthèse des conditions de l'organisation du travail reliées
aux médicaments psychotropes

FACTEUR	RELATION OBSERVÉE	AUTEURS
Profession	Relation significative (+) (employés et ouvriers)	Lapeyre-Mestre et al. (2004)
	Relation significative (+) (exécutifs seniors)	Kivimäki et al. (2007b); Ngoundo-Mbongue et al. (2005)
	Relation significative (+): Surtout chez les hommes manuels/Relation légèrement observée chez les femmes non-manuelles	Virtanen et al. (2008)
	Relation significative (+) niveau moyen des occupations (professionnels, travailleurs de bureau, travailleurs œuvrant dans les services)	Kouvonen et al. (2008); Pelfrene et al. (2004)
Conception des tâches :		
Utilisation des Compétences		Aucune étude recensée
Autorité décisionnelle	Relation significative (-)	Traweger et al. (2004)
Demandes du travail :		
Demandes physiques	Aucun lien significatif	(McDonough, 2000)
Demandes psychologiques	Relation significative (+)	Beaujouan et al. (2005); Marchand et al. (2006); Pelfrene et al. (2004)
Demandes contractuelles :		
Heures travaillées	Relation significative (+)	Marchand et al. (2006); Traweger et al. (2004)
Horaire irrégulier de travail	Relation significative (+)	(Estry-Behar et al. (1990)
Relations sociales :		
Soutien social	Relation significative (-)	Marchand et al. (2006); McDonough (2000)
Capital social	Relation significative (-)	Kouvonen et al. (2008)
Mobbing	Relation significative (+)	Traweger et al. (2004)

FACTEUR	RELATION OBSERVÉE	AUTEURS
Gratifications :		
Salaire	Aucune relation	Marchand et al. (2006); McDonough (2000)
Insécurité d'emploi	Relation significative (+)	Kivimäki et al. (2007a); Lapeyre-Mestre et al. (2004); Marchand et al. (2006); McDonough (2000); Virtanen et al. (2008)
Satisfaction au Travail	Relation significative (-)	Ngoundo-Mbongue et al. (2005); Traweger et al. (2004)

Tableau II : Synthèse des facteurs liés à la situation familiale et soutien hors-travail en lien avec les médicaments psychotropes

FACTEUR	RELATION OBSERVÉE	AUTEURS
Statut marital (vivre seul)	Relation significative (+)	Beaujouan et al. (2005); Blennow et al. (1994); Cohidon et al. (2005); Empereur et al. (2003); Lapeyre-Mestre et al. (1999); Marchand et al. (2006); McDonough, (2000); Pelfrene et al. (2004)
Statut parental	Relation	Aucune étude recensée
Statut économique du Ménage	Aucune relation	Marchand et al. (2006); McDonough (2000) Moisan et al. (1999); Virtanen et al. (2007)
Soutien hors-travail	Relation significative (-)	Lapeyre-Mestre et al. (2004); Moisan et al. (1999); Ngoundo-Mbongue et al. 2005

Tableau III: Synthèse des caractéristiques individuelles en lien avec
les médicaments psychotropes

FACTEUR	RELATION OBSERVÉE	AUTEURS
Variables démographiques :		
Genre (femme)	Relation significative (+)	Chartrand (2003); Godin et al. (2005); Kivimäki et al. (2007a); Kouvonen et al. (2008); Lapeyre-Mestre et al. (1999), (2004); Marchand et al. (2006); McDonough (2000); Ngoundo-Mbongue et al. (2005) et Pelfrene et al. (2004)
Âge	Relation significative (+)(augmente avec l'âge)	Chartrand (2003); Godin et al. (2005); Lapeyre-Mestre et al., (2004); Marchand et al. (2006); Moisan et al. (1999); Ngoundo-Mbongue et al. (2005) et Pelfrene et al. (2004)
Faible niveau d'éducation	Relation significative (+)	Pelfrene et al. (2004)
Niveau d'éducation Élevé	Relation significative (+)	Kivimäki et al. (2007b); Lapeyre-Mestre et al. (1999) et Moisan et al. (1999)
Santé physique	Relation significative (-) (problèmes d'insomnie liés de manière positive à la consommation)	Beaujouan et al. (2005) et Ngoundo-Mbongue et al. (2005)
Habitudes de vie :		
Caféine	Relation significative (+)	Lapeyre-Mestre et al. (2004)
Tabac	Relation significative (+)	Kouvonen et al. (2008); Lapeyre-Mestre et al. (2004); Ngoundo-Mbongue et al. (2005)
Alcool	Relation significative (+)	Beaujouan et al. (2005); Kouvonen et al. (2008); Lapeyre-Mestre et al. (2004) et Ngoundo-Mbongue et al. (2005)
Activité physique	Relation significative (-)	Kouvonen et al. (2008) et Moisan et al. (1999)
Grignotage	Relation significative (+)	Lapeyre-Mestre et al. (2004)

CHAPITRE 2

PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE D'ANALYSE

2.1 La problématique de la recherche

Notre question de recherche exposée au tout début du premier chapitre, tente d'apporter une certaine lumière quant à une problématique liée aux relations industrielles. Effectivement, la consommation de médicaments psychotropes en lien avec certaines conditions de l'organisation du travail délétères peut causer divers effets secondaires chez les individus, dont la perte de vigilance au travail. Par ricochet, ceci peut diminuer la performance d'une entreprise en raison des coûts associés aux accidents de travail et à l'absentéisme. Il est donc important de mieux connaître les conditions de l'organisation du travail qui ont un effet désastreux autant au sein des entreprises qu'auprès des individus qui les composent.

Dans la littérature, nous pouvons constater que peu d'écrits existent concernant l'effet des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes. Il existe également peu de connaissances établies sur le rôle que joue la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Or, il est primordial de considérer d'autres sphères de la vie du travailleur, telle que la famille, afin de mieux comprendre la situation que vit l'individu.

Il est difficile de comparer les études disponibles, principalement en raison d'importantes différences méthodologiques entre les études. De plus, les données proviennent de

différentes populations et elles ne peuvent pas être généralisables à la population des travailleurs québécois.

Premièrement, concernant la définition de ce qu'est un « médicament psychotrope », la plupart des études utilisent la classification de l'ATC (Kivimaki et al., 2006; Kouvonon et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Virtanen et al., 2007; Virtanen et al., 2008) et certains auteurs ont accès aux ventes et prescriptions des médicaments en faisant le lien avec le numéro d'identification personnel et le registre national des prescriptions, c'est le cas entre autres en Finlande (Virtanen et al., 2007). Rares sont les études qui se basent sur l'approche du consommateur malgré la quantité d'information que ces études fournissent (ex. : les raisons de consommer des médicaments psychotropes) (Lapeyre-Mestre et al., 1999). Bref, certains auteurs se renseignent directement aux participants tandis que d'autres se réfèrent directement au centre de registre des prescriptions.

De plus, la mesure de la consommation peut se faire en fonction de différentes périodes de référence, soit une consommation depuis les deux derniers jours ou encore depuis les 12 derniers mois. Ce manque d'uniformité nous empêche de généraliser les données et de comparer les différentes études entre elles, ce qui met un frein à l'avancement des connaissances. Dans la présente étude, nous allons tenter de combler ce vide et nous allons nous efforcer de palier à certaines lacunes précédemment illustrées.

Deuxièmement, la plupart des études emploient un questionnaire afin de récolter leurs données. À ce sujet, la plupart des auteurs emploient un questionnaire auto-administré afin de mesurer les composantes du modèle Demandes-Contrôle de Karasek (Karasek, 1979) (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999; Pelfrene et al., 2004; Virtanen et al., 2007). En effet, le modèle demande-latitue décisionnelle est une des théories ayant le plus d'influence en recherches psychosociales qui examinent les effets des caractéristiques du travail sur la santé. Il existe une certaine évidence quant à l'effet d'une tension élevée au travail, des demandes élevées ainsi qu'une faible latitude

décisionnelle sur l'usage de médication pharmaceutique (Karasek, 1979; Moisan et al., 1999). Ce modèle est d'ailleurs celui que nous allons choisir afin de traiter notre sujet puisqu'il va nous aider à bien comprendre la contribution spécifique du travail sur la consommation de médicaments psychotropes.

Troisièmement, les études concernant les travailleurs portent sur deux types de populations. Le premier est composé de travailleurs provenant de divers domaines (Cohidon et al., 2005; Ngoudo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004; Virtanen et al., 2007 et autres). Le second provient d'un sous-groupe bien défini comme les anesthésistes-réanimateurs, les cols blancs d'une région (Québec), etc., (Beaujouan et al., 2005; Moisan et al., 1999). Bien que la grande majorité de ces recherches aient démontré un lien entre l'exposition aux contraintes du travail et la consommation de médicaments psychotropes, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats. Étant donné que les populations étudiées varient beaucoup, ceci peut affecter la validité externe des résultats.

Enfin, plusieurs questions demeurent sans réponse. En effet, peu d'écrits décrivent le lien entre l'utilisation des compétences et la consommation de médicaments psychotropes. Or, nous pouvons penser qu'un travail qui ne permet pas à un individu d'exercer ses compétences en lien avec son emploi peut contribuer à dévaluer la personne et ne permet pas à l'individu de se développer et de se valoriser dans son emploi. En ce qui concerne le salaire, qu'une seule étude a été recensée. Afin d'avoir une vue d'ensemble, d'autres études doivent se pencher sur l'effet de la rémunération sur la consommation de médicaments psychotropes.

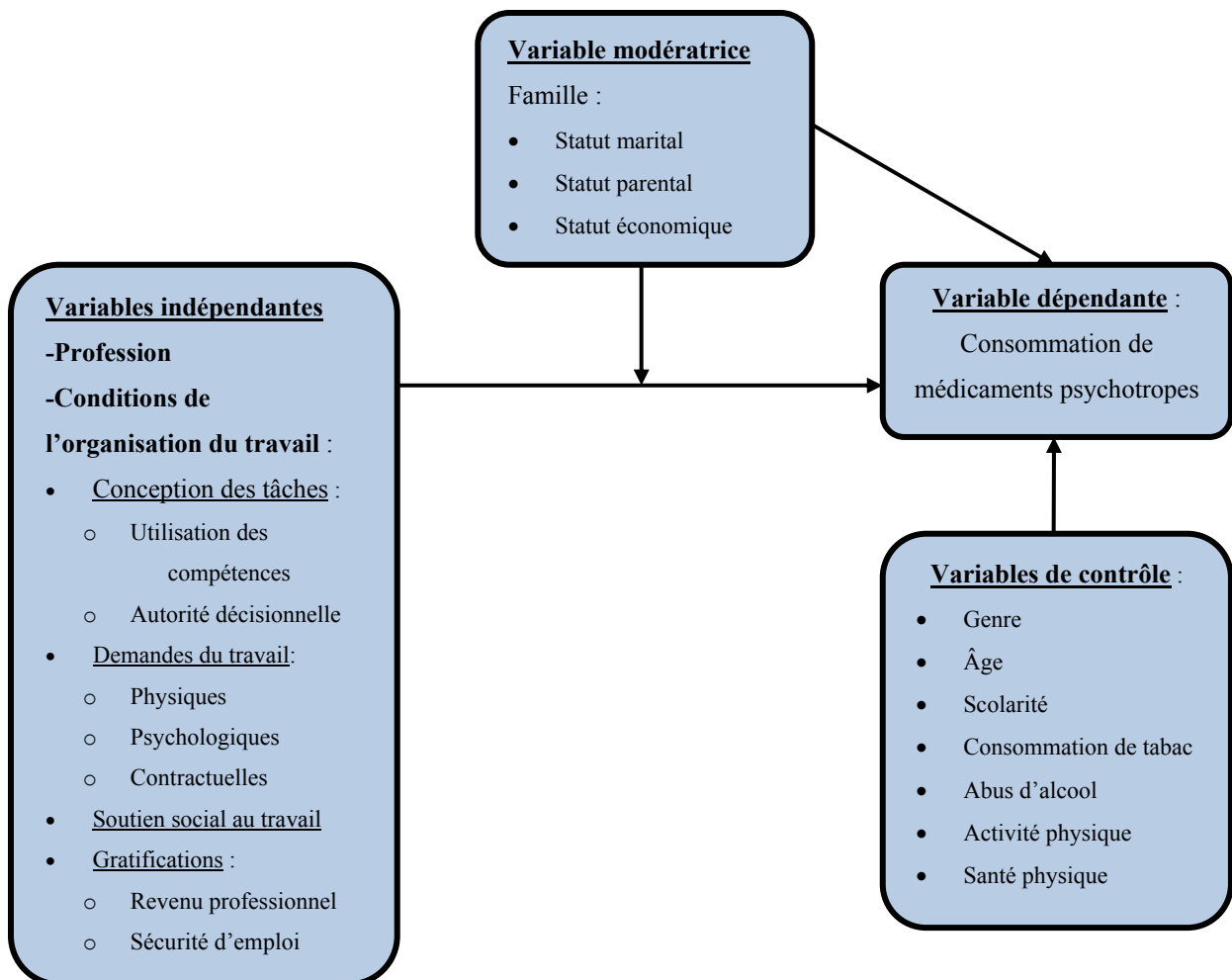
En ce qui a trait à la situation familiale, le statut marital semble avoir un impact sur la consommation des médicaments psychotropes. En effet, le fait de vivre seul peut laisser supposer un plus faible support social en comparaison au fait de vivre en couple. Par ailleurs, peu d'articles font le lien entre le statut parental sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Nous pouvons nous attendre à ce que le nombre d'enfants au sein de la famille ait un impact quant à la charge familiale. L'âge peut également avoir un impact puisque plus les

enfants sont en bas âge, moins ils sont autonomes et donc ont besoin de supervision et sont dépendants vis-à-vis des parents. Enfin, peu d'études se penchent sur le statut économique du ménage et ils ne trouvent pas de liens significatifs entre le statut économique et la consommation de médicaments psychotropes. Ceci peut laisser sous-entendre qu'il existe d'autres facteurs pour expliquer l'influence de la famille sur la consommation de médicaments psychotropes. Enfin, l'effet modérateur de la famille n'a pas été documenté à notre connaissance.

2.2 Le modèle d'analyse

Dans la section qui suit, nous allons présenter en détail notre modèle d'analyse. En premier lieu, nous allons exposer notre modèle conceptuel à la Figure 1 afin de visualiser les relations entre les différentes variables. Cette section sera suivie d'une explication du modèle d'analyse.

Figure 1: Le modèle d'analyse



Notre modèle comprend une variable dépendante : la consommation de médicaments psychotropes; des variables indépendantes qui correspondent à la profession et aux conditions de l'organisation du travail : le soutien social au travail, l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, l'insécurité d'emploi, les demandes physiques, les demandes psychologiques, les demandes contractuelles de même que le revenu professionnel. Notre modèle conceptuel comprend également une variable modératrice : la situation familiale ainsi que des variables de contrôle: les variables démographiques, les habitudes de vie et la santé physique.

Notre modèle postule que certaines professions (plus élevées dans la hiérarchie) peuvent être plus à risque de consommer des médicaments psychotropes (Chartrand, 2003; Kivimäki et al., 2007b; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004; Virtanen et al., 2008). En effet, nous pensons que plus une profession est associée à des responsabilités élevées, plus la tension au travail est importante et plus le travailleur sera porté à consommer des médicaments psychotropes afin d'être à la hauteur. Toutefois, les résultats varient considérablement entre les études et nous allons tenter de vérifier s'il existe une relation significative entre les professions (ex. : hauts-dirigeants) et la consommation de médicaments psychotropes. De plus, certaines conditions de l'organisation du travail peuvent expliquer le risque de consommer des médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre. Tel que recensé dans la littérature, la conception des tâches a un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. En effet, une faible autorité décisionnelle est liée à une consommation de médicaments psychotropes (Traweger et al., 2004). Toutefois, les études recensées n'ont pas dénoté un lien significatif entre l'utilisation des compétences et la consommation de médicaments psychotropes. Or, nous pensons que le fait de ne pas avoir de pouvoir décisionnel peut générer une tension chez le travailleur et le pousser à consommer des médicaments psychotropes afin d'apaiser cette tension. Du point de vue des demandes du travail, les demandes physiques (Haguenoer, 1997), ainsi que les demandes psychologiques (Beaujouan et al., 2005; Marchand et al., 2006; Pelfrene et al., 2004;) et contractuelles (Marchand et al., 2006; Traweger et al., 2004; Virtanen et al., 2008) sont liées à la consommation de médicaments psychotropes. Cela suggère que les travailleurs,

afin de faire face aux exigences du travail (ex. : demandes psychologiques élevées, efforts physiques, horaire irrégulier) et de demeurer alerte, sera poussé à consommer des médicaments psychotropes. Pour ce qui est du soutien social au travail, les études ont démontré l'existence d'un lien entre un faible soutien social au travail et la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000). En effet, cela nous laisse penser que le fait de pouvoir partager ses sentiments face aux difficultés et de se sentir soutenu par les collègues ou le superviseur, peut favoriser une réduction de la tension engendrée par les conditions de l'organisation du travail difficiles. Le soutien social au travail pourrait donc être perçu comme étant un facteur de protection contre la consommation de médicaments psychotropes. Enfin, lorsque nous nous penchons sur les gratifications, nous pouvons constater, à la lecture des études recensées, que l'insécurité d'emploi est liée de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007a; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Virtanen et al., 2008). Cela suggère que plus un individu vit de l'insécurité au travail, plus cela génère un sentiment de perte de contrôle et d'instabilité. Cette situation peut générer une tension que le travailleur tentera d'enrayer à l'aide de médicaments psychotropes. Toutefois, en ce qui a trait au revenu professionnel aucune étude n'a su montrer jusqu'à ce jour un lien significatif avec la consommation de médicaments psychotropes. Tout de même, nous pensons que plus le revenu professionnel est élevé, plus l'individu peut avoir un bon niveau de vie et bénéficier de sa situation financière afin de se permettre des loisirs (ex. : voyages). Ainsi, le fait d'avoir un revenu professionnel élevé peut diminuer les risques de consommer des médicaments psychotropes.

La plupart des études s'entendent sur le fait que vivre seul augmente les risques de consommer des médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005; Blennow et al., 1994; Cohidon et al., 2005; Empereur et al., 2003; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Pelfrene et al., 2004). En effet, le fait de vivre en couple peut également signifier la présence d'un confident et d'un soutien étroit. De plus, le statut économique ne semble pas avoir d'influence sur la consommation de médicaments psychotropes dans les études recensées (Marchand et al.,

2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999; Virtanen et al., 2007). Toutefois, étant donné le peu d'études traitant du statut économique en lien avec la consommation de médicaments psychotropes, il est nécessaire de poursuivre les recherches à ce niveau. Nous pouvons penser que le fait d'avoir un faible statut économique implique le fait d'avoir moins de ressources, ce qui peut générer plus de tension. Par conséquent, le fait d'avoir un faible revenu économique pourrait favoriser la consommation de médicaments psychotropes. Finalement, la présence d'enfants et le nombre de ceux-ci peuvent avoir un impact sur la charge familiale incombée aux parents. En effet, nous pouvons supposer que le fait d'avoir des enfants, implique une diminution dans le temps de loisir des parents et ajoute des responsabilités face à ceux-ci.

Nous tentons de savoir si la situation familiale a un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, la famille peut modifier la forme et l'intensité de cette relation. De plus, les études qui se penchent sur la famille montrent un lien entre la charge familiale et la consommation de médicaments chez les travailleurs (Barnett et al., 1991; Skipper et al., 1990; Tierney et al., 1990). Nous sommes portés à croire que la situation familiale peut agir en tant qu'effet modérateur, puisqu'une personne qui vit déjà des difficultés au travail et qui possède également une charge élevée à la maison (enfants en bas âge par exemple) peut augmenter ses risques de consommer des médicaments psychotropes. En d'autres termes, le fait d'avoir des enfants en bas âge pourrait venir accentuer l'effet négatif des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes. En contrepartie, une personne vivant en couple pourrait bénéficier de l'appui du conjoint ce qui viendrait modérer à la baisse le risque de consommer des médicaments psychotropes en lien avec les conditions de l'organisation du travail.

Finalement, certaines variables de contrôle peuvent avoir un effet sur la variable dépendante. Ces variables de contrôle sont divisées en trois catégories, soit les caractéristiques démographiques (genre, âge, scolarité), l'état de santé (troubles du sommeil) et les habitudes de vie (tabac, alcool et activité physique, etc.). Dans la littérature, la plupart de ces variables de contrôle ont démontré un effet sur la

consommation de médicaments psychotropes. Considérant ce fait, nous allons les contrôler puisque cela va nous permettre de connaître l'effet net des conditions de l'organisation du travail, ainsi que l'effet modérateur de la situation familiale sur le risque de consommer des médicaments psychotropes. En outre, ceci va nous permettre de mieux généraliser nos données.

En effet, certains auteurs ont montré que les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes (Chartrand, 2003; Godin et al., 2005; Kivimäki et al., 2007a; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999, 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004). De plus, ces mêmes auteurs ont démontré que l'âge pouvait jouer une influence sur la consommation de médicaments psychotropes. D'ailleurs, la consommation de ce type de médicament augmente avec l'âge (Chartrand, 2003; Godin et al., 2005; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004). Il est à noter que le niveau d'éducation est lié à la consommation de médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007b; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Moisan et al., 1999; Pelfrene et al., 2004). Cependant, les données divergent beaucoup.

Pour ce qui est des habitudes de vie, la consommation de tabac (Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Ngoundo-Mbongue et al., 2005) et d'alcool (Beaujouan et al., 2005; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Ngoundo-Mbongue, 2005) est associée à la consommation de médicaments psychotropes. De plus, l'activité physique diminue les risques de consommer des médicaments psychotropes (Kouvonen et al., 2008; Moisan et al., 1999).

Enfin, en ce qui concerne l'état de santé, il semblerait que certains problèmes de santé, tels que les troubles du sommeil, sont associés ou apparaissent de manière concomitante chez les travailleurs qui consomment des médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005). Dans notre étude, nous allons contrôler pour la santé physique dans son ensemble incluant plusieurs problèmes de nature physique.

La revue de la littérature nous a donc permis de relever ces variables de contrôle qui devront être isolées de la relation initiale, soit celle entre la variable indépendante sur la variable dépendante, afin d'exclure toutes autres explications alternatives.

En tenant compte de toutes ces variables, le modèle prédit de manière globale que la profession, les conditions de l'organisation du travail ainsi que la situation familiale, auront un impact sur le risque de consommer des médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre. La situation familiale pourrait aussi agir à titre de modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la prise de médicaments psychotropes. En effet, certaines variables de la famille pourraient venir amplifier ou encore atténuer la tension vécue au travail. Prenons par exemple un individu qui a des horaires irréguliers au travail et qui a deux enfants en bas âge. La tension liée aux responsabilités familiales (ex. : être présent pour ses enfants dans leur évolution, trouver une personne/garderie qui pourra les garder hors des heures normales, etc.) peut venir amplifier la tension causée par les horaires irréguliers puisque ceux-ci sont par définition instables et peuvent demander de la part du travailleur une adaptation. D'autre part, le fait d'avoir un conjoint dans ce cas présent pourrait, à l'aide de son soutien et de sa présence, diminuer la tension véhiculée par le travail et la situation familiale. En outre, le fait d'avoir un faible revenu professionnel peut générer de la tension, toutefois si le revenu du ménage est élevé (ce qui implique qu'un des deux conjoints a un revenu professionnel élevé), cela vient atténuer cette tension et ainsi réduire les risques de consommer des médicaments psychotropes.

Enfin, le modèle de la figure 1 illustre que d'autres variables, soit les variables de contrôle, pourraient avoir un effet sur la consommation de médicaments psychotropes et le modèle tient compte des influences potentielles de ces variables.

2.3 Hypothèses et propositions

Nous allons formuler des hypothèses et des propositions de recherche qui représenteront des réponses provisoires à notre question de départ. Les propositions de recherche soulignent le caractère exploratoire de cette recherche en regard de l'effet modérateur de la situation familiale.

De concert avec notre modèle, nos 13 hypothèses et nos 3 propositions de recherche qui en dérivent sont les suivantes :

➤ *La première hypothèse concerne la profession :*

H1 : La consommation de médicaments psychotropes varie significativement entre les professions.

Notre modèle suggère des variations de la consommation de médicaments psychotropes en fonction de la profession. Le fait d'avoir des responsabilités élevées en emploi pourrait avoir un impact sur la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs, car plus l'individu se situe en haut de la hiérarchie, tel un haut dirigeant d'entreprise, plus ses responsabilités seront élevées et plus il en ressentira une tension. Nous pouvons supposer que le fait d'avoir plusieurs responsabilités, peut impliquer la gestion de plusieurs projets en même temps et d'avoir une pression afin d'être à la hauteur de son titre. Cette tension peut donc mener un individu à consommer des médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007b; Ngoundo-Mbongue et al., 2005).

➤ *Voici les hypothèses en lien avec les conditions de l'organisation du travail :*

H2 : Il existe une relation significative négative entre l'utilisation des compétences et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

En regard de l'utilisation des compétences, bien qu'il n'y ait pas d'étude positive sur le sujet (Marchand et al., 2006), nous supposons qu'il y aurait une relation entre celle-ci et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs, car plus un individu est amené à utiliser ses compétences, plus il va être valorisé par son travail et moins il sentira une tension liée à son travail. Ceci pourrait réduire les risques de consommer des médicaments psychotropes.

H3 : Il existe une relation significative négative entre l'autorité décisionnelle et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

En ce qui concerne l'autorité décisionnelle, notre modèle suppose qu'il y aurait une relation entre celle-ci et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Une étude recensée dans notre revue de la littérature a montré que plus l'autorité décisionnelle est élevée, moins l'individu risque de consommer des médicaments psychotropes (Traweger et al., 2004). À l'aide de ces résultats, nous pouvons supposer que plus un individu est en contrôle au niveau décisionnel par rapport à son travail, moins il ressentira de la tension et moins élevés seront les risques qu'il consomme des médicaments psychotropes.

H4 : Il existe une relation significative positive entre les demandes physiques et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Nous pensons qu'il existe un lien entre les demandes physiques et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs (Haguenoer et al., 1997), car ces demandes qui peuvent être associées à du bruit assourdissant ou à un effort physique élevé, peuvent contribuer à augmenter la tension chez un individu. De plus, certains

travailleurs pourraient avoir recours aux médicaments psychotropes dans le but d'améliorer leur performance d'un point de vue physique.

H5 : Il existe une relation significative positive entre les demandes psychologiques et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Par ailleurs, nous pensons qu'il y aurait une relation entre les demandes psychologiques et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. En effet, plus les demandes psychologiques sont élevées, plus la tension est élevée chez l'individu. Ainsi, plus l'individu risque de consommer des médicaments psychotropes afin d'abaisser cette tension (Marchand et al., 2006; Pelfrene et al., 2004 et Beaujouan et al., 2005).

H6 : Il existe une relation significative positive entre les heures de travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

En ce qui a trait au nombre d'heures travaillées, nous pensons que plus il est élevé, plus la période d'exposition aux conditions de travail difficiles est elle-même élevée, ce qui peut contribuer à augmenter la tension vécue par le travailleur, ceci l'entraînant à consommer des médicaments psychotropes.

H7 : Il existe une relation significative positive entre les horaires irréguliers et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

En ce qui concerne l'horaire de travail, nous croyons que le fait d'avoir un horaire irrégulier peut entraîner des difficultés dans la vie du travailleur (instabilité) et ainsi générer une tension. Celle-ci peut contribuer à augmenter les risques de consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs (Estryn-Behar et al., 1990).

H8 : Il existe une relation significative négative entre le soutien social au travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Notre modèle postule que le soutien social au travail s'associe à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. En effet, le soutien social au travail permet à l'individu de bénéficier de l'appui de ses collègues et du superviseur, ce qui contribue à décharger le travailleur de sa tension. Ceci peut avoir comme bienfait de réduire les risques de consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Ainsi, le soutien social pourrait avoir un effet protecteur sur les emplois pouvant générer de la tension et ainsi prévenir la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000).

H9 : Il existe une relation significative négative entre le revenu professionnel et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Nous supposons que le revenu professionnel s'associe à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. En effet, plus le revenu professionnel est élevé, plus le travailleur peut bénéficier d'un bon niveau de vie, tout en abaissant la tension, ce qui diminue les risques de consommer des médicaments psychotropes.

H10 : Il existe une relation significative positive entre l'insécurité d'emploi et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Notre modèle postule que l'insécurité d'emploi s'associe à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Plus le niveau d'insécurité d'emploi est élevé, plus l'individu risque de vivre une tension et ainsi il risque davantage de consommer des médicaments psychotropes (McDonough, 2000; Marchand et al., 2006; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Kivimäki et al., 2007a et Virtanen et al., 2008).

➤ *Voici les hypothèses concernant la situation familiale :*

H11 : Il existe une relation significative positive entre le fait de vivre seul et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Notre modèle postule que le fait de vivre seul s'associe à la consommation de médicaments psychotropes. En effet, le fait de vivre seul peut signifier l'absence d'un confident ainsi que l'accomplissement de la totalité des tâches quotidiennes, ce qui peut générer une tension chez l'individu et l'amener à consommer des médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005; Blennow et al., 1994; Cohidon et al., 2005; Empereur et al., 2003; McDonough, 2000; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Marchand et al., 2006; Pelfrene et al., 2004).

H12 : Il existe une relation significative positive entre le fait d'avoir des enfants en bas âge et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Notre modèle postule que le fait d'avoir des enfants en bas âge s'associe à la consommation de médicaments psychotropes, car les enfants en bas âge exigent un niveau de responsabilité accru de la part des parents, ce qui peut créer une tension chez le travailleur et augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes.

H13 : Il existe une relation significative négative entre le revenu du ménage et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Notre modèle postule que le revenu du ménage s'associe à la consommation de médicaments psychotropes. Plus précisément, plus le revenu du ménage est élevé et par définition le niveau de suffisance du revenu au sein de tout le ménage, moins les risques de consommer des médicaments psychotropes sont élevées (Moisan et al., 1999; McDonough, 2000 et Virtanen et al., 2007).

- *Voici les propositions concernant l'effet modérateur de la situation familiale sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. À la lumière de ces propositions, nous allons faire ressortir l'aspect exploratoire de notre recherche :*

P1 : Le statut marital a un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

D'un point de vue exploratoire, nous supposons que le statut marital puisse agir en tant que modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Nous pensons que le fait de vivre seul peut augmenter l'effet néfaste des contraintes présentes dans les conditions de l'organisation du travail (telles que des demandes psychologiques élevées) et augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes puisque le fait de vivre seul implique la responsabilité totale des tâches ménagère et l'absence d'un confident, en l'occurrence le conjoint. De plus, le conjoint peut offrir des ressources pour contrer des demandes du travail.

P2 : Le statut parental a un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Par rapport au statut parental, nous supposons qu'il puisse agir en tant qu'effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, nous pensons que le fait d'avoir des enfants en bas âge peut augmenter l'effet néfaste des contraintes présentes dans les conditions de l'organisation du travail et augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes. En effet, la tension générée par le fait d'avoir des enfants en bas âge qui requièrent beaucoup d'attention peut être additionnée à la tension vécue au travail.

P3 : Le statut économique a un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

En regard au statut économique, nous supposons que celui-ci peut agir en tant qu'effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Nous pensons que le fait d'avoir un faible revenu du ménage peut augmenter l'effet néfaste des contraintes présentes dans les conditions de l'organisation du travail et augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes. En effet, nous pouvons penser que le fait d'avoir un faible statut économique peut entraîner des difficultés à subvenir aux besoins de toute la famille et ainsi engendrer une tension. Cette tension peut amplifier l'effet des difficultés vécues au travail.

Le présent chapitre fût consacré à la problématique et au modèle d'analyse de notre recherche. Ainsi, nous avons présenté les hypothèses et les propositions de recherche. Dans le prochain chapitre, il sera question de la méthodologie.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Le troisième chapitre sera divisé en trois sections. Premièrement, nous allons discuter de la source de données qu'est l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes. Ensuite, nous élaborerons le plan d'analyse de la recherche à l'aide de tableaux synthèses sur la mesure des variables à l'étude. Finalement, nous conclurons le chapitre en précisant les types d'analyses statistiques envisagées.

3.1 Les sources de données

Dans cette section, nous présenterons le type de devis utilisé dans le cadre de notre recherche. Ensuite, nous fournirons des informations quant à l'instrument de mesure qui nous a permis d'avoir accès à certaines données. Enfin, nous discuterons de l'échantillon de notre étude.

3.1.1 Le type de devis

Afin de tester nos hypothèses et ainsi répondre à nos questions de recherche, nous allons utiliser des données secondaires provenant du cycle 2.1 de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes (l'ESCC) réalisée par Statistique Canada en 2003. Il s'agit d'une enquête épidémiologique dont l'objectif principal était de palier à un manque d'informations sur la santé globale des canadiens. Ainsi, les données de l'enquête sont prêtées aux chercheurs, qui par leurs études font avancer les connaissances au sujet de la santé des canadiens, ce qui permet une meilleure prise de décision concernant l'élaboration de politiques gouvernementales en matière de santé et de prévention. Cette

étude est de type transversal puisque les données ont été recueillies qu'à un seul moment donné.

3.1.2 L'instrument de mesure

Le questionnaire a été construit en collaboration avec des spécialistes provenant de Statistique Canada, d'autres ministères et/ou milieux académiques. Les questions se penchent sur plusieurs aspects de l'individu, soit ses habitudes de vie, sa santé physique et psychologique, son alimentation, etc. Les questions sont posées aux individus selon un ordre logique avec une méthode d'entrevue assistée par ordinateur. Une spécification est fournie quant à la nature des questions, les valeurs minimales et maximales, les vérifications des valeurs possibles liées aux questions et la suite à donner en cas de non-réponse (Statistique Canada, 2005).

3.1.3 L'échantillon

L'échantillon de cette enquête est représentatif de la population canadienne et comprend 134 072 individus ayant répondu au questionnaire exhaustif de janvier 2003 à décembre 2003. Les personnes de 12 ans et plus vivant dans des logements privés des dix provinces et trois territoires représentent la population cible de l'enquête. Ont été exclus de la base du sondage, les habitants des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées. L'ESCC 2.1 couvre environ 98% de la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Le taux de réponse des 144 836 ménages vivant dans des logements privés fut de 87.1% et celui des répondants fut de 92.6%, pour un taux de réponse combiné de 80.7% ($92.6 \times 87.1\%$).

L'échantillon comprenant les ménages a été sélectionné à partir de trois bases de sondage. La majorité de l'échantillon provient d'une base de sondage aréolaire. Pour certaines régions, une base de sondage à composition aléatoire et/ou une base de numéros

de téléphone a été utilisée. La base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la population active (L'EPA) du Canada a servi de base de sondage principale pour L'ESCC. Le plan d'échantillonnage de l'EPA est un plan d'échantillonnage en grappes stratifiées à plusieurs degrés où le logement représente l'unité finale de l'échantillonnage. Chaque province est répartie en trois catégories de région, à savoir les grands centres urbains, les villes et les régions rurales. Il s'agit d'une enquête à participation volontaire et les données sont obtenues directement des répondants. Un seul répondant par ménage a été sélectionné de manière aléatoire. La majorité des répondants provenant de la base aréolaire¹ ont répondu en personne lors d'une entrevue assistée par ordinateur, les autres ont répondu par la méthode d'entrevue téléphonique assistée par ordinateur (Statistique Canada, 2005). Les données sont pondérées en tenant compte de la probabilité de sélection, du taux de réponse et de la distribution par sexe et âge des 133 régions socio-sanitaires.

Pour les fins de notre étude, nous avons retenu un sous échantillon de travailleurs et travailleuses actifs sur le marché du travail âgés de 15 ans et plus. Nous nous sommes retrouvés avec un sous échantillon final de 81 726. Cependant, seulement les répondants de quatre provinces ont répondu au volet concernant les médicaments : Québec, Ontario, Saskatchewan, Colombie Britannique. Au total, la recherche pourra compter sur un échantillon de 21 717 personnes en emploi.

Ces données sont un atout pour notre recherche puisqu'il n'existe pas de données équivalentes au Canada qui procurent autant d'informations sur les conditions de l'organisation du travail, la consommation de médicaments psychotropes, la situation familiale et les autres variables. Les données sont accessibles par le Centre Interuniversitaire Québécois des Statistiques Sociales (CIQSS).

¹ Base aréolaire : grappes d'individus constituées par des aires géographiques (Ardilly, 2006).

3.2 Les mesures

Dans cette section, nous présenterons des concepts utiles de notre recherche. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur le questionnaire de l'ESCC du cycle 2.1 (2003) et nous avons identifié les variables et les indicateurs propres à chacun des concepts de notre modèle. Les Tableaux IV, V, VI et VII représentent l'opérationnalisation de ces concepts.

3.2.1 La variable dépendante

Le Tableau IV représente la mesure de la variable dépendante, soit la consommation de médicaments psychotropes. Il s'agit d'une variable binaire qui distingue les travailleurs qui en consomment de ceux n'en consommant pas. L'ESCC 2.1 se fonde sur l'ATC afin de définir les médicaments psychotropes. Ainsi, la consommation de médicaments psychotropes sera mesurée par la prise ou non de médicaments tels que des tranquillisants, des antidépresseurs ou des somnifères. Toutefois, les questions posées dans l'ESCC cycle 2.1 ne concernent pas uniquement l'utilisation de médicaments sur ordonnance. De plus, la consommation de médicaments est mesurée au cours du dernier mois. La consommation d'au moins un médicament est codé 1 et la non consommation est codée 0.

Tableau IV: Mesure de la variable dépendante

VARIABLE	MESURE
Consommation de médicaments psychotropes (ESCC 2.1) (Niveau individuel)	1= Consomme au moins un médicament (OUI) 0= Consomme aucun médicament (NON)
	1.1 Au cours du derniers mois, avez-vous pris des tranquillisants tels que le Valium ou l'Ativan? Oui/Non
	1.2 Au cours du dernier mois, avez-vous pris des antidépresseurs tels que le Prozac, le Praxil ou l'Effexor? Oui/Non
	1.3 Au cours du dernier mois, avez-vous pris des somnifères tels que l'Imovane, le Nytol ou le Starnoc? Oui/Non

3.2.2 Les variables indépendantes

En commençant avec la profession, celle-ci est mesurée par la Classification Type des Professions (CTP) de 1991 développée par Statistique Canada (1993). La CPT-1991 a une structure hiérarchique comprenant 514 professions à quatre caractères nichés dans un regroupement de 139 groupes professionnels à trois caractères, eux-mêmes regroupés dans 47 groupes à deux caractères. Ensuite, les 47 groupes sont regroupés en 6 catégories professionnelles, soit les cadres supérieurs, les directeurs, les superviseurs, les professionnels, les cols blancs et les cols bleus. Le Tableau V résume les mesures employées pour les conditions de l'organisation du travail.

L'ESCC au cycle 2.1 contient des questions provenant d'une adaptation des indicateurs de la version du Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek (1985) qui reposent sur des échelles de Likert en cinq points (entièrement en désaccord à tout à fait en accord). De telle sorte, nous pouvons mesurer l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes physiques et psychologiques, le soutien social (des collègues et du superviseur) et l'insécurité d'emploi.

Les questions au sujet de ces conditions de l'organisation du travail sont formulées sous formes d'énoncés qui peuvent décrire la situation d'emploi principal de l'individu, et ce, au cours des 12 derniers mois. Il est à noter que les questions ont été posées uniquement dans trois provinces dont Terre-Neuve, l'Ontario et la Saskatchewan.

Pour que nous puissions analyser l'ensemble des répondants de l'ESCC 2.1 fournissant des informations sur la consommation de médicaments psychotropes, nous avons suivi les recommandations de Schwartz et al., (1988). Ces derniers proposent, dans ce genre de situation, d'agréger les variables au niveau de la profession à l'aide de données provenant d'une autre enquête représentative de la main-d'œuvre. Pour ce projet, les agrégations ont été produites à partir des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. Cette enquête contient les versions courtes du JCQ qui ont été mesurées en 1994-1995 (Cycle 1), 2000-2001 (Cycle 4) et 2002-2003 (Cycle 5). Cette technique permet de passer de la perception subjective à une évaluation plus objective de ces variables en créant des moyennes pour chacune des classes de professions.

En ce qui a trait à la construction des échelles de Karasek (1985) (ENSP), nous allons décortiquer chacune des variables. L'utilisation des compétences a été mesurée à l'aide d'une échelle additive de 3 items en 5 points (accord/désaccord). Les trois items étant les suivants : Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances; votre travail exige un niveau élevé de compétences; votre travail consiste à toujours faire la même chose (inversé). Pour ce qui est de l'autorité décisionnelle, il s'agit d'une échelle additive comportant 2 items en 5 points (accord/désaccord) : Vous êtes libre de décider de votre façon de travailler; vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail. Les demandes physiques sont mesurées en un item en 5 points (accord/désaccord): votre travail demande beaucoup d'efforts physiques (inversé). Les demandes psychologiques sont mesurées à l'aide d'une échelle additive de 2 items en 5 points (accord/désaccord) : votre travail est frénétique (inversé); vous êtes exempt(e) de demandes opposées que vous font les autres. Pour cycle 4: vous n'avez pas à répondre à des demandes conflictuelles). Le soutien social quant à lui est mesuré à l'aide d'une échelle additive

comportant 3 items en 5 points (accord/désaccord): vous êtes exposé(e) à de l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (inversé); votre surveillant facilite l'exécution du travail; vos collègues facilitent l'exécution du travail. Enfin, la sécurité d'emploi est mesurée à l'aide d'un item en 5 points (accord/désaccord): vous avez une bonne sécurité d'emploi.

En ce qui concerne les demandes contractuelles, les heures travaillées sont mesurées en additionnant le nombre total d'heures travaillées par semaine. De plus, l'horaire de travail est une variable dichotomique, ce qui veut dire que soit les employés ont un quart normal (codé 1), soit il est rotatif, brisé, sur appel ou autre (codés 2).

Pour ce qui est du revenu professionnel, celui-ci n'est pas disponible dans l'ESCC 2.1, seul le revenu du ménage ou le revenu personnel provenant de toutes sources a été mesuré. Le revenu professionnel moyen (en milliers de dollars) engagé par les codes de quatre caractères de la CTP-1991 sera donc utilisé comme variable de substitution (Marchand et al., 2005a et 2006).

Tableau V: Mesure des variables relatives aux conditions de l'organisation du travail

VARIABLE	MESURE
<p>Les catégories Professionnelles (ESCC cycle 2.1; niveau individuel)</p>	<p>1=cadres supérieurs 2=directeurs 3=superviseurs 4=professionnels 5=cols blancs 6=cols bleus</p>
<p>Conception des tâches</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation des compétences (Karasek, 1985) (ENSP; agrégat professionnel) 	<p>2.1 Votre travail exigeait l'acquisition de nouvelles connaissances. 2.2 Votre travail exigeait un niveau élevé de compétences. 2.3 Votre travail consiste à toujours faire les mêmes choses (cotation inverse)</p> <p>Échelle de Likert en 5 points allant de tout à fait d'accord à entièrement en désaccord.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Autorité décisionnelle (Karasek, 1985) (ENSP; agrégat professionnel) 	<p>3.1 Vous étiez libre de décider de votre façon de travailler. 3.2 Vous aviez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail.</p> <p>Échelle de Likert en 5 points allant de tout à fait d'accord à entièrement en désaccord.</p>

VARIABLE	MESURE
<p>Demands du travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demands physiques (Karasek, 1985) (ENSP; agrégat professionnel) 	<p>5.1 Votre travail exigeait beaucoup d'efforts physiques. Échelle de Likert en 5 points allant de tout à fait d'accord à entièrement en désaccord.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Demands psychologiques (Karasek, 1985) (ENSP; agrégat professionnel) 	<p>6.1 Votre travail était frénétique. (cotation inverse) 6.2 Vous n'aviez pas à répondre à des demandes conflictuelles. Échelle de Likert en 5 points allant de tout à fait d'accord à entièrement en désaccord.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Demands contractuelles (ESCC cycle 2.1; niveau individuel) <p>- Nombre d'heures de travail</p> <p>- Horaire de travail</p>	<p>7.1 Environ combien d'heures par semaine est-ce que vous travaillez habituellement à votre emploi? Si vous travaillez des heures habituellement des heures supplémentaires, rémunérées ou non, veuillez les compter. La réponse est en nombre d'heures (min 1heure; max 168; avertissement après 84)</p> <p>7.2 Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous travaillez habituellement à votre emploi? 1= Horaire ou quart normal de jour 2= Quart normal - de soirée / Quart normal - de nuit / Quart rotatif (alternance de jour à la soirée à la nuit) / Quart brisé / Sur appel / Horaire régulier / autre-Précisez</p>
<p>Soutien social au travail (Karasek, 1985) (ENSP; agrégat professionnel)</p>	<p>1.1 Vous étiez exposé à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues. 1.2 Votre surveillant facilitait l'exécution du travail. 1.3 Vos collègues facilitaient l'exécution du travail.</p> <p>Échelle de Likert en 5 points allant de tout à fait d'accord à entièrement en désaccord.</p>

VARIABLE	MESURE
<p><u>Les gratifications :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le revenu Professionnel (Marchand et al., 2005b; 2006) 	<p>9.1 Le revenu professionnel n'est pas disponible dans l'ESCC</p> <p>Le revenu professionnel moyen (en milliers de dollars) représenté par les codes à quatre caractères de la CTP-1991 a donc été utilisé comme variable de substitution.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sécurité d'emploi (Karasek, 1985) (ENSP; agrégat professionnel) 	<p>4.1 Vous aviez une bonne sécurité d'emploi.</p> <p>Échelle de Likert en 5 points allant de tout à fait d'accord à entièrement en désaccord.</p> <p>Plus le score est élevé, plus fort est le niveau d'insécurité d'emploi.</p>

3.2.3 La variable modératrice

Le modèle qui est présenté dans ce mémoire contient une variable modératrice, soit la situation familiale. Cette variable comporte certaines composantes, soit le statut marital, le statut parental et le statut économique (suffisance du revenu ou encore revenu du ménage). En ce qui concerne le statut marital, les répondants doivent indiquer s'ils sont seuls ou en couple. Il s'agit donc d'une variable dichotomique.

D'autre part, le statut parental est d'abord mesuré avec la présence ou non d'enfants de 0 à 5 ans et ensuite par la présence ou non d'enfants de 6 à 11 ans. Le statut parental est donc mesuré par deux variables dichotomiques.

En ce qui a trait au revenu du ménage, il est déterminé par une échelle ordinale en cinq catégories mesurant le niveau de suffisance du revenu calculé par Statistiques Canada et tiennent compte du nombre de personnes dans le ménage.

Le Tableau VI présente le détail des mesures relatives aux variables concernant la situation familiale.

Tableau VI: Mesure des variables relatives à la situation familiale

VARIABLE	MESURE
Statut marital	0=Seul (célibataire, veuf, divorcé, séparé) 1=En couple (marié, conjoint de fait, partenaire)
Statut parental	Deux variables dichotomiques décrivant la présence d'enfants mineurs dans le ménage en fonction des groupes d'âge suivants : 0-5 ans : 1=présence; 0= absence 6-11 ans : 1=présence; 0=absence
Statut économique	Échelle ordinale en 5 catégories mesurant le niveau de suffisance du revenu tel que calculé par Statistique Canada. Tient compte du nombre de personnes dans le ménage. 1= <u>Bas</u> (1-4 pers. : <10 000\$; 5 pers. et + : <15 000\$) 2= <u>Bas-moyen</u> (1-2 pers.: 10 000\$-19 999\$; 3-4 pers. : 10 000-19 999\$; 5 pers. et + : 15 000-29 999\$) 3= <u>Moyen</u> (1-2 pers.:15 000\$-29 999\$; 3-4 pers.: 20000\$-39 999\$; 5 pers. et + : 30 000\$-59 999\$) 4= <u>Moyen élevé</u> : (1-2 pers.:30 000\$-59 999\$; 3-4 pers. :40 000\$-79 999\$; 5 pers. et + :60 000-79 999\$) 5= <u>Élevé</u> : (1-2 pers.: 60 000\$ et + ; 3 pers. et + :80000\$ et +)

3.2.4 Les variables de contrôle

Les variables de contrôle de notre modèle reflètent les caractéristiques personnelles des répondants. Plusieurs variables de contrôle ont été recensées dans la littérature, soit l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la consommation de tabac, l'abus d'alcool, le niveau d'activité physique et la santé physique.

Le genre est mesuré par une variable dichotomique codée 0=Homme; 1=Femme. L'âge est mesuré en années. Le niveau de scolarité est mesuré par une échelle ordinale en 10 catégories de Statistique Canada où 1=deuxième secondaire ou moins; 2=troisième secondaire ou quatrième secondaire; 3=cinquième secondaire; 4=diplôme d'études secondaires, mais aucune étude postsecondaire; 5=études postsecondaires partielles; 6=certificat commercial ou diplôme d'une école de métiers ou formation d'apprenti; 7=diplôme ou certificat d'un collège communautaire, CEGEP, école de nursing, etc.; 8=certificat inférieur au baccalauréat; 9=Baccalauréat; 10=Grade/certificat d'études supérieures. La consommation de tabac est mesurée par le nombre de cigarettes fumées par jour. L'abus d'alcool est une variable dichotomique mesurée par un volume consommé depuis les sept derniers jours qui excède la norme canadienne de consommation à faible risque en fonction du genre. Selon Bondy, il y a abus si une consommation excède 15 verres chez l'homme et 10 verres et plus chez la femme (Bondy et al., 1999). L'abus d'alcool est codée 1= abus d'alcool et 0= non abus d'alcool. Le niveau d'activité physique est mesuré par la fréquence d'au moins une activité physique durant plus de 15 minutes au cours du dernier mois. Finalement, la santé physique est mesurée à l'aide de 34 items et correspond au nombre de problèmes de santé chroniques tels que les allergies alimentaires, la maladie d'Alzheimer, l'asthme, etc.

Le Tableau VII décrit les variables de contrôle qui seront isolées pour les fins de notre recherche.

Tableau VII : Mesure des variables relatives aux caractéristiques personnelles

VARIABLE	MESURE
<p><u>Démographie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Genre 	<p>0 = Homme 1 = Femme</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Âge 	<p>En années (15 ans et plus)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de scolarité 	<p>1=deuxième secondaire ou moins 2=troisième secondaire ou quatrième secondaire 3=cinquième secondaire 4=diplôme d'études secondaires, mais aucune étude postsecondaire 5=études postsecondaires partielles 6=certificat commercial ou diplôme d'une école de métiers ou formation d'apprenti 7=diplôme ou certificat d'un collège communautaire, CEGEP, école de nursing, etc. 8=certificat inférieur au baccalauréat 9=Baccalauréat 10= Grade/certificat d'études supérieures</p>
<p><u>Habitudes de vie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consommation de tabac 	<p>Actuellement, combien de cigarette fumez-vous chaque jour? -Nombre de cigarettes (minimum=1 et maximum 99; avertissement après 60) -Le nombre est rapporté pour une semaine (7 jours)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Abus d'alcool 	<p>Sommation du nombre de verres consommés au cours des 7 derniers jours. Pour chaque jour de la semaine, le répondant doit indiquer le nombre de consommations bues. En remontant à partir d'hier, combien de verres avez-vous bu (min 0; max 99; avertissement à 12 chaque jr): 1: Dimanche? 2: Lundi? 3:Mardi? 4 : Mercredi? 5 : Jeudi? 6 : Vendredi? 7 : Samedi? Ensuite, à l'aide de la sommation nous pouvons déterminer s'il y a abus : 1= abus d'alcool (...verres et plus pour la femme et ...verres et plus chez l'homme); 2= non-abus</p>

VARIABLE	MESURE
<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'activité physique 	<p>Fréquence de la pratique d'au moins une activité physique durant plus de 15 minutes au cours du dernier mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> Indiquez la fréquence à laquelle vous avez fait des activités physiques au cours des trois derniers mois. Les résultats ont été convertis en fréquence pour 1 mois. À peu près combien de temps en avez-vous fait à chaque fois?
Santé physique	<p>Nombre de problèmes de santé de longues durées (6 mois ou plus) qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Avez-vous :</p> <p>Allergies alimentaires, autres allergies, asthme, symptômes d'asthme ou fait des crises d'asthme au cours des 12 derniers mois, fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme (sauf la fibromyalgie), maux de dos (autres que ceux dus à la fibromyalgie et l'arthrite), hypertension, migraines, bronchite chronique, emphysème ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), diabète, épilepsie, maladie cardiaques, angine de poitrine, insuffisance cardiaque, cancer, ulcères à l'intestin ou à l'estomac, troubles dus à un accident vasculaire, incontinence urinaire, troubles intestinaux tels que la maladie de Crohn ou la colite, maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence cérébrale, cataracte, glaucome, problème de la thyroïde, syndrome de la fatigue chronique, schizophrénie, troubles de l'humeur telle que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ou trouble panique, autisme ou de toute autre forme de trouble du développement tel que le syndrome de Down, le syndrome d'Asperger ou le syndrome de Rett, troubles d'apprentissage, troubles de l'alimentation tels que l'anorexie ou la boulimie, tout autre problème de santé physique ou mentale de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé?</p>

3.3 Les analyses

Les analyses statistiques ont été réalisées en trois étapes et les résultats sont présentés au chapitre suivant. Ainsi, nous avons effectué des analyses descriptives, des analyses bivariées et des analyses multivariées. Avant d'effectuer ces analyses, nous avons dû faire le nettoyage des données et les trier à partir de la base de données. En effet, dans cette préparation nous nous sommes entre autres soucier des valeurs manquantes. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA 10.1.

Les analyses descriptives nous ont permis d'examiner les tendances et la distribution des données dans l'échantillon. Ces analyses nous ont permis d'évaluer les tendances dans la consommation de médicaments psychotropes et plus précisément la prévalence de consommation de médicaments psychotropes au cours du dernier mois. Pour les autres variables, et dépendamment des niveaux de mesure, les pourcentages, moyennes, écart-types et valeurs minimales-maximales ont été estimés.

Les analyses bivariées nous ont permis d'évaluer la présence de relations significatives entre deux variables à la fois, soit entre une condition de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Ensuite, nous avons été en mesure d'évaluer la force de ces relations. Dans ces analyses, nous avons utilisé la corrélation de Pearson.

Pour ce qui est des analyses multivariées, nous avons effectué des régressions logistiques afin d'évaluer les influences distinctes de chaque condition de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes. Pour ce qui est de la profession, la catégorie des cadres supérieurs a été retenue en tant que classe de référence puisque la consommation de médicaments psychotropes y est plus faible (Virtanen et al., 2008). Ces mêmes analyses nous ont également permis de vérifier l'interaction de notre variable modératrice, soit la situation familiale, sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Étant donné

le plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC 2.1, les erreurs-type ont été corrigées par la méthode de ré-échantillonnage de Statistique Canada.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre se divise en trois parties distinctes. La première présente les résultats obtenus lors des analyses descriptives concernant la variable dépendante, les variables indépendantes, les variables de contrôle ainsi que la variable modératrice. La seconde partie fait état des résultats des analyses bivariées dans lesquelles nous avons estimé l'association entre la consommation de médicaments psychotropes et les professions, les différentes conditions de l'organisation du travail, la situation familiale et l'ensemble des variables de contrôle incluses dans notre étude. Alors que la troisième partie, met en lumière les résultats obtenus suite aux analyses de type multivariées dans lesquelles nous avons effectué 11 régressions logistiques afin d'estimer le risque de consommation de médicaments psychotropes en fonction de la profession, des conditions de l'organisation du travail, de la situation familiale et des variables de contrôle, ainsi que les interactions entre la situation familiale et les conditions de l'organisation du travail.

4.1 Résultats des analyses descriptives

Les résultats obtenus lors des analyses descriptives sont présentés au Tableau VIII et nous permettent de dresser un portrait de l'échantillon de notre étude. Au total, notre échantillon contient 21 717 travailleurs canadiens. Les résultats révèlent que 8.8% des travailleurs canadiens consomment des médicaments psychotropes, tels que des antidépresseurs, des anxiolytiques ou des somnifères. De plus, lorsque nous faisons la distinction entre les travailleurs féminins et les travailleurs masculins, nous constatons que les femmes sont plus sujettes à consommer des médicaments psychotropes que les hommes. En effet, nos résultats révèlent que 6.3% des hommes consomment des médicaments psychotropes, alors que chez les femmes ce pourcentage double à 11.7%.

Tableau VIII : Statistiques descriptives de la variable dépendante et des variables indépendantes, contrôles et modératrices ESCC 2.1 (N=21 717)

Variabiles	Min-Max	Moyennes et Pourcentages	Écarts-Types
Consommation de médicaments psychotropes			
Échantillon total	-	8.77%	-
Hommes	-	6.26%	-
Femmes	-	11.67%	-
Profession			
Cadres supérieurs	0-1	0.23%	-
Directeurs	0-1	7.63%	-
Superviseurs	0-1	4.05%	-
Professionnels	0-1	17.75%	-
Cols bleus	0-1	22.68%	-
Cols blancs	0-1	47.66%	-
Condition de l'organisation du travail			
Utilisation des compétences	0-12	7.02	1.34
Autorité décisionnelle	0-8	5.34	0.79
Demandes physiques	0-4	1.97	0.80
Demandes psychologiques	0-8	4.46	0.56
Nombre d'heures travaillées	nd*	39.81	16.16
Horaire de travail (irrégulier)	0-1	22.15%	-
Soutien social au travail	0-15	7.97	0.48
Revenu professionnel (\$/année)	nd*	26 966	11 880
Insécurité d'emploi	0-5	1.29	0.29
Variabiles modératrices			
Statut marital (en couple)	0-1	62.08%	-
Statut parental (enfants de 5 ans et moins)	0-1	14.72%	-
Statut parental (enfants de 6 à 11 ans)	0-1	18.95%	-
Statut économique :			
➤ Bas	0-1	1.39%	-
➤ Bas-moyen	0-1	3.09%	-
➤ Moyen	0-1	14.3%	-
➤ Moyen-élevé	0-1	32.91%	-
➤ Élevé	0-1	37.83%	-
Variabiles de contrôle			
Genre (femme)	0-1	46.36%	-
Âge (années)	15-75	38.47	13.23
Niveau d'éducation :			
➤ 2 ^{ème} secondaire ou moins	2.65%	-	-
➤ 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} secondaire	7.18%	-	-
➤ 5 ^{ème} secondaire	5.68%	-	-
➤ Diplôme d'études secondaires seulement	19.42%	-	-
➤ Études postsecondaires partielles	9.17%	-	-
➤ Certificat commercial ou diplôme d'école de métiers ou formation d'apprenti	13.06%	-	-
➤ Diplôme ou certificat niveau collégial	18.4%	-	-
➤ Certificat inférieur à un baccalauréat	3.09%	-	-
➤ Baccalauréat	14.71%	-	-
➤ Grade/certificat d'études supérieures	6.64%	-	-
Santé physique (nombre de problèmes de santé)	0-3	1.14	1.10
Abus d'alcool	0-1	8.41%	-
Consommation de tabac (nombre de cigarettes/jour)	nd*	3.26	7.55
Activité physique (>15 minutes/mois)	nd*	26.77	24.47

*nd : données non-disponibles

En ce qui concerne les professions, les résultats nous permettent d'avoir une bonne idée de la répartition des répondants au sein de notre étude. Il en ressort que la majorité des répondants sont des cols blancs pour une proportion de 47.7%. Les cols bleus et les professionnels représentent une partie importante de notre échantillon avec respectivement 22.7% et 17.8% des répondants se situant dans ces professions. Par ailleurs, les directeurs représentent 7.6% des répondants, les superviseurs 4.1% et les cadres supérieurs 0.2% des répondants.

À propos des variables représentant les différentes conditions de l'organisation du travail, l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes physiques, les demandes psychologiques et le soutien social se situent toutes à un niveau moyen sur leur échelle de mesure respective. Pour ce qui est des heures travaillées par semaine, les répondants déclarent travailler 39.8 heures par semaine et 22.2% ont un horaire irrégulier. L'insécurité d'emploi est faible selon son échelle de mesure, ce qui indique que la majorité des travailleurs ne craignent pas perdre leur emploi et disposent d'une bonne sécurité d'emploi. Enfin, les résultats révèlent que le revenu professionnel moyen sur une base annuelle de notre échantillon est d'environ 26 966 \$.

Concernant la variable modératrice qu'est la famille, les analyses descriptives indiquent que 62.1% des répondants vivent en couple et que 14.7% ont des enfants de 5 ans et moins tandis que 19% ont des enfants de 6 à 11 ans. La majorité des familles ont un statut économique élevé, soit 37.8% des répondants et 32.9% ont un statut économique moyennement élevé. Les familles ayant un statut économique moyen représentent 14.3% de notre échantillon tandis que les familles ayant un statut économique moyennement bas représentent 3.1% de notre échantillon. Finalement, seulement 1.4% des familles ont un statut économique bas.

Enfin, nous terminons en abordant les résultats de nos analyses descriptives pour les variables de contrôle. Concernant les caractéristiques démographiques, celles-ci nous indiquent que 46.4% des répondants sont de sexe féminin et 53,6% sont de sexe masculin. L'âge moyen des répondants est de 38.5 ans avec un écart-type de 13.2. Au

sujet de la scolarité, les deux niveaux où nous retrouvons le plus de travailleurs sont le niveau de scolarité équivalent à un diplôme d'études secondaires (sans études postsecondaires) avec 19.4% de personnes (niveau 4 sur 10) et le niveau collégial avec 18.4% des répondants (niveau 7 sur 10). L'état de santé est représenté par le nombre de problèmes de santé chroniques et est en moyenne de 1,1 par personne. Concernant les habitudes de vie, nous pouvons noter que 8.4% des répondants font un abus d'alcool. Les répondants fument en moyenne 3,3 cigarettes par jour. Dernièrement, les répondants ont affirmé avoir en moyenne une fréquence de 26.8 activités physiques de plus de 15 minutes par mois.

Dans la prochaine section, nous présenterons les résultats des analyses bivariées.

4.2 Résultats des analyses bivariées

Les analyses bivariées nous ont permis d'estimer l'association entre la consommation de médicaments psychotropes des travailleurs et chacune des conditions de l'organisation du travail, de la profession, des variables liées à la famille de même que pour les variables de contrôle.

Le Tableau IX présente la matrice de corrélation entre les différentes variables pour le niveau de consommation de médicaments psychotropes.

Premièrement, au sujet de la profession, les professionnels ($r = 0.03$, $p < 0.01$) et les cols blancs ($r = 0.03$, $p < 0.01$) sont corrélés de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes, tandis que la variable des cols bleus ($r = -0.05$, $p < 0.01$) est corrélée de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes. Enfin, les cadres supérieurs, les directeurs et les superviseurs ne sont pas liés de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes.

Deuxièmement, au sujet des conditions de l'organisation du travail, la latitude décisionnelle ($r = -0.02$, $p < 0.05$), les demandes physiques ($r = -0.03$, $p < 0.01$), les heures travaillées ($r = -0.03$, $p < 0.01$) et le revenu professionnel ($r = -0.02$, $p < 0.05$) sont des variables corrélées de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes et les demandes psychologiques ($r = 0.02$, $p < 0.01$) sont liées de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, l'utilisation des compétences, l'horaire de travail, le soutien social et l'insécurité d'emploi ne sont pas liés de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes.

Troisièmement, en ce qui a trait à la variable modératrice, soit la situation familiale, le statut marital ($r = -0.04$, $p < 0.01$) est corrélé négativement à la consommation de médicaments psychotropes tout comme la présence d'enfants de 5 ans et moins ($r = -0.04$, $p < 0.01$) et la présence d'enfants entre 6 et 11 ans ($r = -0.01$, $p < 0.05$). Le statut économique bas ($r = 0.02$, $p < 0.01$), le statut économique bas-moyen ($r = 0.02$, $p < 0.01$), le

statut économique moyen ($r= 0.02$ $p< 0.05$) et le statut économique moyen-élevé ($r= 0.02$ $p< 0.05$) sont corrélés de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, aucune relation significative n'a été observée entre le statut économique élevé et la consommation de médicaments psychotropes.

Enfin, pour ce qui est des variables de contrôle, le genre ($r= 0.10$, $p< 0.01$), l'âge ($r=0.07$, $p< 0.01$), le niveau d'éducation ($r= 0.02$, $p< 0.01$), la santé physique ($r= 0.18$, $p< 0.01$), l'abus d'alcool ($r= 0.01$, $p< 0.05$), la consommation de tabac ($r= 0.05$, $p< 0.01$) sont corrélés de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes et l'activité physique ($r= -0.04$, $p< 0.01$) est quant à elle corrélée de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes.

Dans les présentes analyses bivariées, aucune situation de colinéarité n'a été soulevée, c'est-à-dire que les variables ne sont pas fortement corrélées entre elles. Un tel problème aurait rendu difficile la distinction entre l'effet de l'une ou l'autre des variables (Dodge, 2004).

Dans la section qui suit, nous allons présenter les résultats des analyses multivariées.

**Tableau IX : Matrice de corrélation entre les variables pour la consommation de médicaments psychotropes
auprès des travailleurs canadiens**

*p<0,05 **p<0,01	Consommation de médicaments psychotropes	Cadres supérieurs	Directeurs	Superviseurs	Professionnels	Cols bleus	Cols blancs	Utilisation des compétences	Autorité décisionnelle	Demandes physiques	Demandes psychologiques	Heures travaillées	Horaire de travail	Soutien social	Revenu professionnel
Consommation de médicaments psychotropes	1.00														
Cadres supérieurs	-0.01	1.00													
Directeurs	-0.01	-0.01*	1.00												
Superviseurs	-0.01	-0.01	-0.05**	1.00											
Professionnels	0.03**	-0.02**	-0.12**	-0.09**	1.00										
Cols bleus	-0.05**	-0.03**	-0.16**	-0.11**	-0.25**	1.00									
Cols blancs	0.03**	-0.05**	-0.27**	-0.19**	-0.43**	-0.54**	1.00								
Utilisation des compétences	-0.000	0.07**	0.16**	0.03**	0.55**	-0.16**	-0.38**	1.00							
Autorité décisionnelle	-0.02*	0.08**	0.36**	0.12**	0.29**	-0.12**	-0.35**	0.61**	1.00						
Demandes physiques	-0.03**	-0.07**	-0.11**	0.01	-0.36**	0.54**	-0.13**	-0.44**	-0.26**	1.00					
Demandes psychologiques	0.02**	0.07**	0.23**	0.15**	0.32**	-0.34**	-0.13**	0.43**	0.17**	-0.26**	1.00				
Heures travaillées	-0.03**	0.01	0.15**	0.05**	0.02**	0.21**	-0.29**	0.16**	0.21**	0.04**	0.07**	1.00			
Horaire de travail	0.01	-0.00	-0.02**	-0.01	-0.04**	0.04**	0.01	-0.09**	-0.06**	0.12**	-0.02**	0.02**	1.00		
Soutien social	-0.00	0.00	-0.12**	-0.14**	0.14**	-0.02**	0.03**	0.12**	-0.05**	-0.14**	-0.12**	-0.04**	-0.04**	1.00	
Revenu professionnel	-0.02*	0.10**	0.27**	0.12**	0.44**	-0.00	-0.52**	0.77**	0.53**	-0.38**	0.43**	0.27**	-0.06**	-0.01*	1.00

*p<0,05 **p<0,01	Consommation de médicaments psychotropes	Cadres supérieurs	Directeurs	Superviseurs	Professionnels	Cols bleus	Cols blancs	Utilisation des compétences	Autorité décisionnelle	Demandes physiques	Demandes psychologiques	Heures travaillées	Horaire de travail	Soutien social	Revenu professionnel
Insécurité d'emploi	0.00	-0.01	-0.13**	-0.11**	-0.06**	0.09**	0.08**	-0.17**	0.61**	0.12**	-0.15**	-0.08**	-0.01	-0.12**	-0.24**
Statut marital (couple)	-0.04**	0.02*	0.09**	0.05**	0.05**	0.01	-0.11**	0.16**	0.15**	-0.09**	0.09**	0.11**	-0.03**	-0.02**	0.20**
Enfants de 5 ans et moins	-0.04**	-0.01	0.01	0.0008	0.03**	-0.004	-0.02**	0.03**	0.02**	-0.01*	0.03**	0.01	-0.01*	0.005	0.04**
Enfants de 6 à 11 ans	-0.01*	0.01	-0.001	0.0006	0.005	-0.01	0.01	0.01	0.004	-0.01	0.01	-0.02**	-0.03**	-0.003	0.01
Statut économique bas	0.02**	-0.01	-0.02**	0.00	-0.03**	0.01	0.03**	-0.07**	-0.03**	0.05**	-0.04**	-0.05**	0.01	-0.01	-0.07**
Statut économique bas-moyen	0.02**	-0.01	-0.02**	-0.01	-0.05**	0.00	0.05**	-0.12**	-0.06**	0.08**	-0.07**	-0.06**	0.01	-0.02*	-0.13**
Statut économique moyen	0.02*	-0.01	-0.04**	-0.01	-0.10**	0.04**	0.07**	-0.16**	-0.10**	0.11**	-0.10**	-0.04**	0.00	-0.01	-0.18**
Statut économique moyen-élevé	0.02*	0.00	-0.02**	0.01	-0.05**	0.05**	0.00	-0.02*	-0.02*	0.02**	-0.02**	0.02*	-0.01	0.00	-0.02**
Statut économique élevé	-0.01	0.02**	0.09**	0.01	0.20**	-0.08**	-0.13**	0.29**	0.18**	-0.20**	0.19**	0.12**	-0.02**	0.03**	0.33**
Genre (femme)	0.10**	-0.00	-0.06**	-0.05**	0.06**	-0.39**	0.33**	-0.12**	-0.15**	-0.2**	0.11**	-0.26**	-0.03**	0.04**	-0.24**
Âge	0.07**	0.03**	0.10**	0.03**	0.08**	0.03**	-0.15**	0.19**	0.22**	-0.09**	0.10**	0.12**	-0.04**	-0.04**	0.24**
Niveau d'éducation	0.02**	0.03**	0.07**	-0.04**	0.46**	-0.26**	-0.15**	0.49**	0.28**	-0.38**	0.32**	0.10**	-0.05**	0.08**	0.42**
Santé physique	0.18**	0.01*	0.01	0.00	0.02**	-0.06**	0.03**	-0.01	-0.01	-0.04**	0.03**	-0.03**	0.01	-0.01	-0.02*
Abus d'alcool	0.01*	0.00	0.01	0.01	-0.02**	0.05**	-0.04**	0.00	0.00	0.03**	-0.01*	0.05**	0.00	0.01	0.02**
Consommation de tabac	0.05**	-0.01	-0.01	0.02**	-0.11**	0.13**	-0.03**	-0.09**	-0.05**	0.13**	-0.07**	0.10**	0.03**	-0.04**	-0.05**
Activité physique	-0.04**	0.00	0.00	-0.03**	0.03**	-0.05**	0.04**	0.01	-0.01	-0.02*	0.01	-0.06**	0.02**	0.02**	-0.02**

*p<0,05 **p<0,01	Insécurité d'emploi	Statut marital	Enfants 5 ans et moins	Enfants de 6 à 11 ans	Statut économique bas	Statut économique bas-moyen	Statut économique moyen	Statut économique moyen-élevé	Statut économique élevé	Genre (femme)	Âge	Niveau d'éducation	Santé physique	Abus d'alcool	Consommation de tabac	Activité physique
Insécurité d'emploi	1.00															
Statut marital (couple)	-0.07**	1.00														
Enfants de 5 ans et moins	-0.02**	0.25**	1.00													
Enfants de 6 à 11 ans	-0.02*	0.16**	0.23**	1.00												
Statut économique bas	0.03**	-0.08**	-0.00	-0.00	1.00											
Statut économique bas-moyen	0.06**	-0.09**	0.06**	0.04**	-0.03**	1.00										
Statut économique moyen	0.05**	-0.11**	0.05**	0.07**	-0.06**	-0.09**	1.00									
Statut économique moyen-élevé	0.01	0.01	0.02**	-0.01	-0.10**	-0.15**	-0.30**	1.00								
Statut économique élevé	-0.11**	0.22**	-0.05**	-0.04**	-0.11**	-1.15**	-0.31**	-0.52**	1.00							
Genre (femme)	-0.01	-0.01**	0.02**	0.04**	0.02**	0.05**	0.03**	-0.01**	-0.07**	1.00						
Âge	-0.06**	-0.07**	-0.20**	-0.12**	-0.03**	-0.05**	-0.03**	0.05**	0.09**	-0.04**	1.00					
Niveau d'éducation	-0.12**	0.13**	0.07**	0.00	-0.05**	-0.09**	-0.11**	-0.02**	0.25**	0.07**	0.12**	1.00				
Santé physique	0.01	0.05**	-0.08**	-0.05**	0.01	0.02**	0.04**	0.00	-0.02*	0.15**	0.25**	0.02*	1.00			
Abus d'alcool	0.01*	-0.06**	-0.04**	-0.03**	-0.01	-0.01	-0.03**	0.04**	0.04**	-0.08**	-0.05**	-0.02**	-0.02**	1.00		
Consommation de tabac	0.04**	-0.06**	-0.02**	-0.02**	0.04**	0.06**	0.07**	0.02**	-0.09**	-0.08**	0.035**	-0.17**	0.02**	0.12**	1.00	
Activité physique	-0.00	-0.08**	-0.02**	0.00	-0.00	-0.02*	-0.05**	-0.05**	0.06**	-0.01	-0.13**	0.03**	-0.04**	0.03**	-0.11**	1.00

4.3 Résultats des analyses multivariées

Dans cette section, nous présentons les résultats des analyses multivariées de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs en lien avec les professions, les conditions de l'organisation du travail, la situation familiale et les facteurs individuels. Nous avons estimé six modèles de régression logistique. Le premier modèle détermine les effets des conditions de l'organisation du travail, des professions et des variables de contrôle sur la consommation de médicaments psychotropes. Le deuxième modèle détermine les effets des conditions de l'organisation du travail, des professions, de la situation familiale et des variables de contrôle sur la consommation de médicaments psychotropes. Le troisième modèle examine les interactions entre le statut marital et les conditions de l'organisation du travail. Le quatrième modèle examine les interactions entre le statut parental et les conditions de l'organisation du travail et le cinquième modèle, les interactions entre le statut économique et les conditions de l'organisation du travail. Enfin, le sixième modèle évalue les interactions significatives des trois derniers modèles.²

² Il est à noter que plusieurs contraintes sont survenues lors de la correction des erreurs-types par la méthode des poids bootstraps de Statistique Canada. En effet, de multiples erreurs de réplification sont apparues, ce qui nous laisse croire que des données insuffisantes empêchaient la réplique pour certaines catégories (ex : les associations de variables (haut-dirigeant et présence d'enfant 0-5 par exemple) n'étaient pas observables chez suffisamment d'individus pour que les répliques puissent se faire. Les résultats qui ont été obtenus suite à l'estimation des interactions avec la profession n'étaient donc pas fiables. Par conséquent, ceux-ci ont alors été enlevés de ce présent mémoire. Nous nous en tenons donc à évaluer l'effet des conditions de l'organisation du travail et des variables liées à la famille sur la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs dont l'estimation n'a pas entraîné de problème de réplification.

En débutant par le premier modèle illustré au Tableau X, nous avons obtenu un test d'hypothèse nul [$F(21, 479) = 16.28; p = 0.00$] qui nous indique que le modèle est significatif. En d'autres termes, au moins une des conditions de l'organisation du travail, des professions ou une des variables de contrôle contribue de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Le Tableau X présente les rapports de cotes (OR : « odd ratio »). Il s'agit des valeurs d'association ou encore du risque relatif pour chacune des variables. Un rapport de cotes qui tend vers 0 signifie que les risques de consommer des médicaments psychotropes diminuent, tandis que lorsque le rapport de cotes est supérieur à 1, ceci indique que les risques de consommer des médicaments psychotropes augmentent. Enfin, si le rapport de cotes est égal à 1, cela signifie que la variable n'a pas d'effet indépendant sur la consommation de médicament psychotropes.

En portant une attention plus particulière aux résultats liés aux conditions de l'organisation du travail, nous remarquons que la variable heures totales travaillées est significative avec (OR = 0.994, IC95% = 0.990 - 0.999). Cela signifie que plus le nombre d'heures travaillées augmente, moins le risque de consommer des médicaments psychotropes est élevé.

En examinant les variables de contrôle, le genre s'avère significatif et les résultats indiquent que les femmes ont 59% de plus de risque de consommer des médicaments psychotropes que les hommes (OR=1.59, IC95% = 1.35 - 1.88). En regard de l'âge des répondants, nous constatons que cette variable est également significative ce qui signifie que plus l'âge des répondants augmente, plus ils ont de chances de consommer des médicaments psychotropes (OR=1.012, IC95% = 1.006 - 1.018). Nous observons que la santé physique est significative ce qui veut dire que plus une personne a des problèmes de santé, plus elle est à risque de consommer des médicaments psychotropes (OR=1.58, IC95% = 1.47 - 1.70). Enfin, le dernier facteur qui est significatif est la consommation de tabac, plus le nombre de cigarettes fumées par jour augmente, plus les risques de consommer des médicaments psychotropes est élevé (OR=1.025, IC95% = 1.016- 1.034).

Les résultats de la régression logistique se rapportant au modèle 2, également présenté au Tableau X, permettent d'évaluer la contribution de la famille sur les conditions de l'organisation du travail et les professions par rapport à la consommation de médicaments psychotropes. Pour cette régression, nous avons obtenu un test d'hypothèse nul [(F(29,471) = 13.19; p= 0.00], ce qui signifie qu'au moins une des variables des conditions de l'organisation du travail, des professions, de la famille et des variables de contrôle, a un impact sur la consommation de médicaments psychotropes.

Tableau X :
 Résultats de l'analyse de régression logistique
 Effets principaux (ESCC cycle 2.1)

	<u>Modèle 1</u>	<u>Modèle 2</u>
	<u>OR</u>	<u>OR</u>
Professions		
Cadres supérieurs (référence)	-	-
Directeurs	1.43	1.45
Superviseurs	0.97	0.98
Professionnels	1.73	1.72
Cols bleus	1.64	1.68
Cols blancs	1.77	1.78
Conditions de l'organisation du travail		
Utilisation des compétences	1.08	1.07
Autorité décisionnelle	0.94	0.95
Demandes physiques	1.01	1.00
Demandes psychologiques	1.16	1.16
Heures travaillées	0.99*	0.99*
Horaire de travail (irrégulier)	1.08	1.07
Soutien social au travail	1.06	1.06
Revenu professionnel (\$/année)	1.00	1.00
Insécurité d'emploi	0.83	0.83
Situation familiale		
Statut marital (en couple)	-	0.79*
Statut parental (enfant ≤ 5 ans)	-	0.86
Statut parental (enfant 6 à 11 ans)	-	0.92
Statut économique bas	-	1.61
Statut économique bas-moyen	-	1.11
Statut économique moyen	-	1.34
Statut économique moyen-élevé	-	1.25
Statut économique élevé	-	1.36*
Facteurs individuels		
Genre (femme)	1.59**	1.62**
Âge (années)	1.01**	1.01**
Scolarité (1 à 10, 10 étant élevé)	1.02	1.02
Santé physique (nb de problèmes de santé)	1.58**	1.57**
Abus d'alcool	1.25	1.22
Consommation de tabac (nb de cigarettes /jr)	1.02**	1.02**
Activité physique (>15 minutes/mois)	1.00	1.00

*p < 0.05 et ** p < 0.01

En ce qui a trait aux conditions de l'organisation du travail, le nombre d'heures total travaillées est significatif (OR=0.994, IC95% = 0.990 – 0.999). Cela signifie que plus le

nombre d'heures travaillées augmente, moins le risque de consommer des médicaments psychotropes est élevé.

Concernant la situation familiale, le statut marital est un facteur significatif ce qui veut dire que le fait de vivre en couple diminue les risques de consommer des médicaments psychotropes de 79% (OR=0.79, IC95% = 0.65 – 0.95). D'autre part, le fait d'avoir un revenu du ménage élevé est significatif (1-2 pers.: 60 000\$ et + ; 3 pers. et + : 80000\$ et +) et celui-ci augmente de 36% le risque de consommer des médicaments psychotropes (OR=1.36, IC95% = 1.06 – 1.75).

En analysant les résultats liés aux variables de contrôle, le genre s'avère significatif et les résultats indiquent que les femmes ont 62% de plus de risque de consommer des médicaments psychotropes (OR=1.62, IC95% = 1.37 - 1.90). En regard de l'âge des répondants, nous constatons que cette variable est également significative ce qui signifie que plus l'âge des répondants augmente, plus ils ont de chances de consommer des médicaments psychotropes (OR=1.013, IC95% = 1.007 - 1.020). Nous observons que la santé physique est significative ce qui veut dire que plus une personne a des problèmes de santé physique, plus elle est à risque de consommer des médicaments psychotropes (OR=1.57, IC95% = 1.47 - 1.69). Enfin, le dernier facteur significatif est la consommation de tabac, plus le nombre de cigarettes fumées par jour augmente, plus les risques de consommer des médicaments psychotropes sont élevés (OR=1.02, IC95% = 1.01 - 1.03).

Les Tableaux XI à XIII présentent les résultats de l'analyse des interactions entre les conditions de l'organisation du travail et la situation familiale.

Tableau XI :

Résultats de l'analyse de régression logistique: Interactions de l'organisation du travail avec le statut marital et le statut parental (ESCC cycle 2.1)

	Modèle 3	Modèle 4.1	Modèle 4.2
	OR	OR	OR
	Statut marital	Enfants ≤5 ans	Enfants 6-11 ans
Professions			
Cadres supérieurs (référence)	-	-	-
Directeurs	1.43	1.47	1.44
Superviseurs	0.96	0.99	0.97
Professionnels	1.71	1.74	1.70
Cols bleus	1.68	1.69	1.68
Cols blancs	1.77	1.81	1.77
Conditions de l'organisation du travail			
Utilisation des compétences	0.97	1.07	1.07
Autorité décisionnelle	0.86	0.92	0.93
Demandes physiques	0.88	0.88	0.97
Demandes psychologiques	1.22	1.22*	1.10
Heures travaillées	0.99	0.99*	0.99*
Horaire de travail (irrégulier)	1.00	1.00	1.04
Soutien social au travail	1.08	1.08	0.99
Revenu professionnel (\$/année)	1.00	1.00	1.00
Insécurité d'emploi	0.71	0.71	0.80
Situation familiale			
Statut marital (en couple)	0.18	0.79*	0.79*
Statut parental (enfant ≤ 5 ans)	0.85	0.13	0.86
Statut parental (enfant 6 à 11 ans)	0.92	0.93	0.002**
Statut économique bas	1.67	1.62	1.59
Statut économique bas-moyen	1.13	1.10	1.12
Statut économique moyen	1.35	1.33	1.34
Statut économique moyen-élevé	1.25	1.25	1.25
Statut économique élevé	1.37*	1.35*	1.35*
Facteurs individuels			
Genre (femme)	1.61**	1.62**	1.62**
Âge (années)	1.01**	1.01**	1.01**
Scolarité (1 à 10, 10 étant élevé)	1.02	1.02	1.02
Santé physique (nombre de problèmes de santé)	1.57**	1.57**	1.57**
Abus d'alcool	1.21	1.21	1.22
Consommation de tabac (nb de cigarettes/jour)	1.02**	1.02**	1.02**
Activité physique (>15 minutes/mois)	1.00	1.00	1.00
Interactions			
Utilisation des compétences	1.19	1.00	1.04
Autorité décisionnelle	1.18	1.32	1.13
Demandes physiques	1.22	1.08	1.15
Demandes psychologiques	0.92	0.67	1.40
Heures travaillées	0.99	1.00	1.00
Horaire de travail	0.89	0.90	1.21
Soutien social au travail	0.97	1.24	1.54*
Revenu professionnel	1.00	1.00	1.00
Insécurité d'emploi	1.29	1.55	1.35

*p < 0.05 et ** p < 0.01

Les résultats de la régression logistique se rapportant au modèle 3 (Tableau XI) permettent d'évaluer la contribution des interactions du statut marital sur les conditions de l'organisation du travail et les professions par rapport à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, il s'avère qu'aucune interaction n'est significative.

Les résultats de la régression logistique se rapportant au modèle 4 permettent d'évaluer la contribution des interactions du statut parental sur les conditions de l'organisation du travail et les professions par rapport à la consommation de médicaments psychotropes. Le modèle 4 est divisé en deux parties afin d'examiner l'effet de la variable présence d'enfants de moins de 5 ans (modèle 4.1) et présence d'enfants 6 à 11 ans (modèle 4.2) de manières distincte. Les résultats nous dévoilent qu'une seule interaction est significative, plus précisément celle entre la présence d'enfants de 6 à 11 ans et le soutien social au travail (OR=1.54, IC95% = 1.01 - 2.34).

Tableau XII:

Résultats de l'analyse de régression logistique: Interactions de l'organisation du travail
avec le statut économique (ESCC cycle 2.1)

	Modèle 5.1	Modèle 5.2	Modèle 5.3	Modèle 5.4	Modèle 5.5
	OR	OR	OR	OR	OR
	SE bas	SE bas-moyen	SE moyen	SE moyen- élevé	SE élevé
Professions					
Cadres supérieurs (référence)	-	-	-	-	-
Directeurs	1.42	1.45	1.41	1.49	1.46
Superviseurs	0.97	0.97	0.93	1.03	1.00
Professionnels	1.71	1.73	1.67	1.78	1.68
Cols bleus	1.67	1.69	1.61	1.74	1.71
Cols blancs	1.77	1.80	1.73	1.87	1.80
Conditions de l'organisation du travail					
Utilisation des compétences	1.08	1.06	1.09	1.10	1.01
Autorité décisionnelle	0.94	0.96	0.89	0.96	1.00
Demandes physiques	1.01	1.01	1.03	0.96	0.99
Demandes psychologiques	1.06	1.16	1.16	1.16	1.13
Heures travaillées	0.99*	0.99*	0.99*	0.99**	0.99*
Horaire de travail (irrégulier)	1.08	1.07	1.09	1.03	1.10
Soutien social au travail	1.06	1.06	1.08	0.99	0.99
Revenu professionnel (\$/année)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Insécurité d'emploi	0.82	0.84	0.91	0.82	0.77
Situation familiale					
Statut marital (en couple)	0.79	0.78*	0.79*	0.77**	0.78*
Statut parental (enfant ≤ 5 ans)	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86
Statut parental (enfant 6 à 11 ans)	0.92	0.92	0.93	0.93	0.93
Statut économique bas	4.29	1.61	1.61	1.61	1.61
Statut économique bas-moyen	1.11	16.63	1.10	1.13	1.11
Statut économique moyen	1.34	1.34	4.69	1.35	1.34
Statut économique moyen-élevé	1.25	1.25	1.25	0.44	1.28
Statut économique élevé	1.36*	1.36*	1.37*	1.29*	0.39
Facteurs individuels					
Genre (femme)	1.62**	1.62**	1.61**	1.63**	1.62**
Âge (années)	1.01**	1.01**	1.01**	1.01**	1.01**
Scolarité (1 à 10, 10 étant élevé)	1.02	1.02	1.02	1.02	1.02
Santé physique (nb problèmes de santé)	1.57**	1.58**	1.57**	1.58**	1.57**
Abus d'alcool	1.23	1.21	1.22	1.22	1.21
Consommation de tabac (nb de cigarettes / jour)	1.02**	1.02**	1.02**	1.02**	1.02**
Activité physique (>15 minutes/mois)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Interactions					
Utilisation des compétences	0.99	1.54	0.87	0.96	1.19
Autorité décisionnelle	1.15	0.59	1.49	0.93	0.88
Demandes physiques	0.51	0.82	0.82	1.15	1.02
Demandes psychologiques	0.87	1.02	0.95	0.98	1.05
Heures travaillées	0.98	0.99	1.00	1.01	1.00
Horaire de travail	0.49	0.76	0.85	1.11	0.93
Soutien social au travail	1.20	0.92	0.89	1.21	1.03
Revenu professionnel	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Insécurité d'emploi	0.93	0.49	0.56	1.00	1.20

*p < 0.05 et ** p < 0.01; note : SE=statut économique

Les résultats de la régression logistique se rapportant au modèle 5 permettent d'évaluer la contribution des interactions du statut économique sur les conditions de l'organisation du travail et les professions par rapport à la consommation de médicaments psychotropes. Le modèle 5 est divisé en cinq sous-modèles. Ainsi, chaque sous-modèle fait référence à une catégorie du statut économique allant d'un statut économique bas à un statut économique élevé. Les résultats obtenus sont présentés au tableau XII et nous indiquent qu'aucune interaction n'est significative.

Tableau XIII:

Résultats de l'analyse de régression logistique:
Interaction significative (ESCC cycle 2.1)

	OR
Professions	
Cadres supérieurs (référence)	-
Directeurs	1.43
Superviseurs	0.96
Professionnels	1.69
Cols bleus	1.65
Cols blancs	1.75
Conditions de l'organisation du travail	
Utilisation des compétences	1.08
Autorité décisionnelle	0.95
Demandes physiques	1.00
Demandes psychologiques	1.16
Heures travaillées	0.99*
Horaire de travail (irrégulier)	1.07
Soutien social au travail	1.01
Revenu professionnel (\$/année)	1.00
Insécurité d'emploi	0.83
Situation familiale	
Statut marital (en couple)	0.79*
Statut parental (enfant ≤ 5 ans)	0.86
Statut parental (enfant 6 à 11 ans)	0.08
Statut économique bas	1.58
Statut économique bas-moyen	1.12
Statut économique moyen	1.34
Statut économique moyen-élevé	1.25
Statut économique élevé	1.35*
Facteurs individuels	
Genre (femme)	1.61**
Âge (années)	1.01**
Scolarité (1 à 10, 10 étant élevé)	1.02
Santé physique (nb de problèmes de santé)	1.57**
Abus d'alcool	1.21
Consommation de tabac (nb de cigarettes /jr)	1.02**
Activité physique (>15 minutes/mois)	1.00
Interaction	
Interaction enfants 6-11 ans /soutien social	1.37

*p < 0.05 et ** p < 0.01

Finalement, les résultats de la régression logistique se rapportant au modèle 6 permettent d'évaluer la contribution de l'interaction significative entre la présence d'enfants de 6 à 11 ans et le soutien social au travail. Toutefois, le modèle 6 indique que l'interaction trouvée dans le modèle 4.2 illustré au Tableau XI n'est pas significative.

Au total, les estimations réalisées indiquent que les interactions entre les conditions de l'organisation du travail et les composantes de la situation familiale (statut marital, parental et économique) ne sont pas significatives.

En sommes, les résultats obtenus nous permettent de conclure que plus le nombre d'heures travaillées augmente, moins le risque de consommer des médicaments psychotropes augmente. Outre les conditions de l'organisation du travail, des facteurs concernant la famille semblent également avoir un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. En effet, le fait de vivre seul et le fait d'avoir un revenu économique élevé augmentent les risques de consommer des médicaments psychotropes chez les travailleurs. Concernant les variables de contrôle, le fait de fumer, le fait d'avoir des problèmes de santé chroniques, le fait d'être une femme et l'âge semblent tous jouer un rôle sur la consommation de médicaments psychotropes en augmentant les risques de celle-ci.

Dans le prochain chapitre, nous discuterons des résultats obtenus de manière plus détaillée.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le chapitre qui suit comprend quatre sous-sections. En premier lieu, une synthèse de la démarche scientifique employée sera présentée. Ensuite, nous mettrons en lumière chacune de nos hypothèses de recherche. Par la suite, les forces et les limites de notre recherche seront abordées et ultimement, nous discuterons des implications de nos résultats ainsi que des pistes de recherche ultérieure.

5.1 Synthèse de la démarche scientifique

Ce mémoire de recherche s'est penché sur le rôle des conditions de l'organisation du travail comme facteur susceptible d'agir sur le risque de consommer des médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. Nous nous sommes également intéressés à l'effet de la situation familiale sur cette relation, effet peu étudié jusqu'à maintenant. Ainsi, ce mémoire visait deux objectifs spécifiques :

- 1) *Établir la contribution des professions et des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens.*
- 2) *Étudier la contribution de la famille en tant que modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens.*

À l'aide de la revue de la littérature détaillée au Chapitre 1, nous avons été en mesure de faire l'état des connaissances en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes en lien avec les conditions de l'organisation du travail. Malgré le fait que ce champ de recherche soit encore peu exploré, les quelques études disponibles nous ont révélé que l'environnement du travail pouvait être une source de tension chez les travailleurs et par conséquent une source de consommation de médicaments psychotropes. Effectivement, certaines conditions de l'organisation du travail pourraient mener les travailleurs à consommer des médicaments psychotropes afin d'apaiser cette tension. Toutefois, cette consommation n'est pas dépourvue de conséquences, tels que les accidents de travail.

Les variables à l'étude sont la consommation de médicaments psychotropes (variable dépendante), les professions (variable indépendante), les conditions de l'organisation du travail (variables indépendantes), la situation familiale (variable modératrice), ainsi que certaines variables de contrôle pouvant avoir un effet sur la consommation de médicaments psychotropes.

5.2 Interprétation des résultats et vérification des hypothèses et propositions de recherche

Chacune de nos hypothèses de recherche reposent sur la problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. Les résultats obtenus suite aux analyses statistiques nous permettent de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses/propositions de recherche quant à l'association de certaines conditions de l'organisation du travail avec la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens, ainsi que sur l'effet modérateur de la situation familiale. Dans un premier temps, nous présenterons l'hypothèse de recherche qu'il nous a été possible de confirmer pour ensuite aborder les hypothèses infirmées. Nous allons mettre en parallèle nos résultats avec ceux des études qui se sont penchées sur la problématique de la consommation de médicaments psychotropes.

5.2.1 Hypothèse confirmée

Notre étude nous permet de confirmer qu'une seule hypothèse, soit la **onzième**. Elle stipule que le statut marital est associé de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. Ainsi, le fait de vivre en couple diminue les risques de consommer des médicaments psychotropes. Le fait de vivre seul implique d'assumer la totalité des responsabilités quotidiennes et cela signifie également l'absence d'un confident intime. Ceci peut générer une tension chez l'individu et le pousser à consommer des médicaments psychotropes pour faire face aux difficultés quotidiennes qu'implique le fait de vivre seul. Nos résultats vont dans le même sens que d'autres études qui stipulent que le fait de vivre seul augmente les risques de consommer des médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005; Blennow et al., 1994; Cohidon et al., 2005; Empereur et al., 2003; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Pelfrene et al., 2004).

5.2.2 Hypothèses infirmées

Notre **première hypothèse** postulait des variations significatives de la consommation de médicaments psychotropes en fonction de la profession en assumant que des responsabilités professionnelles élevées étaient associées de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, les résultats des analyses multivariées indiquent que ce n'est pas le cas. D'après les données de l'ESCC cycle 2.1, les professions ayant un plus haut niveau de responsabilités, telles que les cadres supérieurs, ne semblent pas avoir un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. Ces résultats vont dans le même sens que certaines études rapportées dans la revue de la littérature (Cohidon et al., 2005; Moisan et al., 1999). Selon ces derniers, la profession n'est pas significativement liée à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Toutefois, d'autres études ont obtenu des résultats différents des nôtres. En effet, l'étude de Kivimäki et ses collègues observe une relation entre le statut socioéconomique (éducation et profession) et la consommation de

médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007b). Pour appuyer ceci, le fait d'avoir un niveau hiérarchique plus élevé et le fait d'occuper un poste exécutif senior en comparaison à un poste employé contribuerait à augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes (Ngoundo-Mbongue et al., 2005). Dans le même sens, chez les hommes, le risque de consommation est plus élevé chez les grades non-manuels élevés que chez les autres grades (Virtanen et al., 2007).

Une autre étude montre un usage plus fréquent d'antidépresseurs chez les hommes ayant un faible niveau socioéconomique en comparaison avec des hommes ayant un haut niveau socioéconomique, ce qui vient contredire les résultats précédemment dévoilés (Virtanen et al., 2008). En outre, une étude révèle que les catégories professionnelles des employés et celles des ouvriers sont plus susceptibles d'utiliser des médicaments, surtout des psycholeptiques, en relation avec leur travail (Lapeyre-Mestre et al., 2004). Cette dernière étude vient contredire le fait que les hauts dirigeants sont plus susceptibles de consommer des médicaments en opposition à un groupe de professions plus bas dans la hiérarchie. De plus, l'usage de benzodiazépines s'avère plus courant chez les hommes cols blancs tels que les travailleurs de bureau et les travailleurs œuvrant dans les services (Kouvonen et al., 2008; Pelfrene et al., 2004).

Enfin, une étude montre que la profession est statistiquement significative quoiqu'elle ne contribue qu'à expliquer qu'une très faible part de la variation de la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006). Nous pouvons constater que chaque étude crée ses propres classes de professions, ce qui rend difficile la comparaison entre les études entourant les professions. De plus, certains auteurs étudient le niveau socioéconomique, c'est-à-dire le niveau d'éducation avec la profession, ce qui peut rendre difficile l'interprétation des résultats puisque ces études n'examinent pas toujours l'effet seul de la profession sur la consommation de médicaments psychotropes.

Notre **deuxième hypothèse** stipulait que l'utilisation des compétences est associée de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, les résultats des régressions logistiques indiquent qu'il n'y a pas de lien significatif. Une

étude a aussi obtenu des résultats similaires aux nôtres en ne trouvant pas de lien significatif entre l'utilisation des compétences et la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006). Ainsi, le fait d'acquérir de nouvelles connaissances et d'utiliser ses propres compétences dans l'exécution de son travail, sans oublier le fait d'effectuer des tâches de manière variée n'agit pas en tant que facteur de protection vis-à-vis de la consommation de médicaments psychotropes.

Notre **troisième hypothèse** supposait que l'autorité décisionnelle était liée de façon négative à la consommation de médicaments psychotropes. Or, puisque les analyses multivariées ne soutiennent pas un lien significatif, l'hypothèse 3 est donc infirmée. Nos résultats sont conformes à ceux de Marchand et al. (2006) qui ont tenté d'observer l'effet de l'autorité décisionnelle sur la consommation de médicaments psychotropes, mais aucun lien significatif n'a été trouvé. Toutefois, une autre étude révèle que parmi les employés impliqués dans la planification du travail, seulement 4.1% consommaient des médicaments psychotropes en comparaison avec 9.5% de ceux n'ayant aucune influence dans la planification (Traweger et al., 2004). Dans cette étude, les employés impliqués dans la planification du travail montrent un niveau de contrôle plus élevé sur leurs tâches. Toutefois, cette étude fait référence à la planification du travail uniquement et non à l'exécution. Or, l'autorité décisionnelle peut être définie par la liberté de planifier le travail (planification) et de juger de son évolution (exécution). Les deux items retenus dans ce mémoire concernant l'autorité décisionnelle font référence à la planification et à l'exécution du travail. Ainsi, la divergence entre l'étude de Traweger et al. (2004) et la nôtre pourrait être expliquée par la mesure de l'exécution des tâches.

Notre **quatrième hypothèse** avançait que les demandes physiques étaient liées de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, nos suppositions n'ont pas été appuyées par nos analyses multivariées, car les résultats ne sont pas significatifs. Selon les données de l'ESCC 2.1, les demandes physiques ne semblent pas être un facteur favorisant la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de McDonough (2000). En effet, cette étude suggère qu'un emploi ayant un niveau de demandes

physiques élevé n'a pas d'influence sur la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, une autre recherche a obtenu des résultats contraires en montrant qu'il existe un lien entre les postes de sécurité et la prévalence élevée d'exposition à des substances psycho-actives licites (médicaments, alcool, café) et illicites en milieu de travail, ceux-ci n'étant pas des médicaments (Haguenoer et al., 1997). En contrepartie, un seul indicateur dans la version courte du JCQ utilisée par Statistique Canada mesure les demandes physiques. Or, nous savons que les demandes physiques peuvent être définies par un niveau élevé de bruit, de poussière, de chaleur ou de froid pouvant occasionner de la fatigue chez les travailleurs (Marchand et al., 2006). Ainsi, dans notre étude, la mesure limitée pourrait expliquer le résultat non-significatif.

Notre **cinquième hypothèse** postulait que les demandes psychologiques étaient liées de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Bien que nos résultats ne nous permettent pas de confirmer cette hypothèse, les études recensées dans la revue de la littérature s'entendent pour affirmer que les demandes psychologiques élevées sont associées à la consommation de médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005; Marchand et al., 2006; Pelfrene et al., 2004). En effet, la surcharge au travail et les délais très restreints pour effectuer des tâches peuvent augmenter le niveau de tension vécu par un travailleur et le mener à consommer des médicaments psychotropes pour faire face à ces demandes. D'autre part, l'étude d'Hamon-Cholet et al. (2000) soulève le fait que 30% des salariés vivent des situations de tension avec le public, ce qui augmente les demandes psychologiques au travail. Il aurait été intéressant d'évaluer la tension externe liée au travail, celle pouvant être à l'origine des demandes du public ou des clients spécifiquement. Ceci est sans compter que depuis les années 80 les nouvelles formes d'organisation du travail renforcent l'autonomie des salariés dans le but de répondre aux impératifs de compétitivité. Toutefois, cette plus grande responsabilisation est un accroissement relatif de la charge mentale au travail. La divergence entre nos résultats et ceux présentés dans la littérature pourrait s'expliquer par la présence de seulement deux indicateurs dans la version courte du JCQ utilisée par Statistique Canada. Or, tel que nous avons observé dans la revue de la littérature, les demandes psychologiques peuvent être définies en tant que quantité demandée, les limitations temporelles et l'effort mental

requis pour accomplir le travail exigé. Les indicateurs de la version courte du JCQ retenus dans ce mémoire font référence à un travail frénétique d'une part et à des demandes conflictuelles d'autre part. Un travail frénétique peut faire référence à la fois à un travail accompagné d'une grande quantité de tâches et d'une limite de temps restreinte pour les effectuer. À ce sujet, il aurait été intéressant de les séparer pour évaluer l'effet distinct de la quantité et du temps sur la consommation de médicaments psychotropes. La mesure faisant référence aux demandes conflictuelles est sujette à interprétation puisque la notion de conflit peut faire référence à plusieurs aspects (ex. : conflit/ambiguïté de rôle, demandes dans le cadre d'un changement organisationnel).

Notre **sixième hypothèse** supposait que les heures de travail étaient liées de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, nos prédictions n'ont pas été confirmées dans nos analyses de régressions logistiques, car les résultats sont contraires à nos attentes. Les données de l'ESCC 2.1 nous indiquent que les heures travaillées sont significatives et sont associées de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes. Une seule étude soutient nos résultats, celle de Marchand et al. (2006) qui ont observé la même influence du nombre d'heures travaillées sur la consommation de médicaments psychotropes, cette influence étant négative. L'étude de Traweger et al. (2004) indique que le fait d'être à temps plein versus à temps partiel a un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. Enfin, la même étude révèle que le fait d'être insatisfait au sujet des heures de travail augmenterait la prévalence de consommation (Traweger et al., 2004). Dans le même ordre d'idée, l'importance accordée au temps de loisir n'est peut-être pas le même pour chaque individu. Ainsi, le nombre d'heures travaillées représentant un conflit avec le temps de loisir n'est pas le même pour tous. Par conséquent, la satisfaction avec les heures de travail semble être une mesure appropriée et adaptée au rythme de vie des différents travailleurs. Toutefois, il ne faut pas enlever de l'importance au nombre d'heures puisqu'il implique directement le temps d'exposition aux conditions de travail difficiles. Nos résultats pourraient être expliqués par le fait que travailler plus d'heures signifie un accroissement des revenus et ainsi un accroissement des ressources. Cela suggère que plus le nombre d'heures

travaillées augmente, plus le niveau de vie augmente, ce qui peut réduire la tension chez le travailleurs et ainsi réduire les risques de consommer des médicaments psychotropes.

Notre **septième hypothèse** énonçait que les horaires irréguliers étaient liés de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Étant donné que nos analyses multivariées n'indiquent pas de lien significatif entre les horaires irréguliers et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs, il nous est impossible de confirmer cette septième hypothèse. Une seule étude a été recensée au sujet des horaires de travail en lien avec la consommation de médicaments psychotropes et celle-ci va dans le sens inverse de nos résultats en montrant que les contraintes dues à l'horaire de travail peuvent influencer le niveau de consommation de médicaments psychotropes. En effet, l'étude d'Estryn-Behar et al. (1990) notent que les contraintes dues à l'horaire de travail chez les employées d'hôpitaux, tels que les infirmières et auxiliaires (18% d'entre elles avaient un horaire de nuit), contribuent à augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes (Estryn-Behar et al., 1990). Nous pouvons penser que certains types d'horaire peuvent convenir à certains types d'individus (ex. : étudiant et emploi sur appel par exemple; un parent sur deux dans un ménage peut travailler la nuit pour assurer une présence constante aux enfants). Le fait d'évaluer les contraintes dues à l'horaire de travail peut nous donner un indice sur l'inconfort qu'amène le type d'horaire dans la vie du travailleur.

Notre **huitième hypothèse** postulait que le soutien social était lié de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, il ne nous est pas possible de confirmer cette hypothèse lorsque nous observons les résultats des régressions logistiques puisqu'il n'y a pas de lien significatif. Ce résultat soutient une étude de Pelfrene et al. (2004) en révélant que le soutien social au travail n'a pas un effet indépendant et significatif sur l'usage de médicaments psychotropes. En outre, les mêmes auteurs notent, à l'aide des résultats, qu'un manque de soutien social au travail pourrait avoir un impact sur la consommation de médicaments psychotropes, toutefois, son effet est faible par rapport aux autres difficultés du travail (telles que les demandes élevées et une faible latitude décisionnelle). La plupart des études analysent l'effet du soutien social au travail

selon le modèle demande-contrôle-soutien et ne se penchent pas sur l'effet net du soutien social sur la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, tel que Pelfrene et ses collègues (2004) ont noté, le soutien social au travail n'aurait pas d'effet significatif indépendant sur la consommation de médicaments psychotropes, ce qui est en accord avec nos résultats. Cependant, d'autres études présentées dans la revue de la littérature ne corroborent pas nos résultats. En effet, un faible soutien social au travail peut augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999). D'autres études recensées, notent l'effet du groupe (capital social, rejet) de travail sur la consommation de médicaments psychotropes (Kouvonen et al., 2008) et observent qu'un faible capital social contribue à augmenter le risque de consommer des médicaments psychotropes. En effet, il semblerait que le groupe social a également un effet sur la consommation de médicaments psychotropes. La divergence entre nos résultats et ceux des autres études pourrait s'expliquer par le fait que certaines études utilisent huit items afin de mesurer le soutien social (Kouvonen et al., 2008; Moisan et al., 1999). En effet, notre étude comporte uniquement trois items, ce qui peut limiter la mesure du soutien social au travail. De plus, l'étude de Marchand et al. (2006) et celle de McDonough (2000) sont de type longitudinale, ce qui implique qu'ils ont noté un effet du faible soutien social sur la consommation de médicaments psychotropes dans le temps.

Notre **neuvième hypothèse** stipulait que le revenu professionnel était lié de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes et les résultats obtenus ici ne permettent pas de la soutenir. Ainsi, le fait d'avoir un revenu élevé ne diminue pas les risques de consommer des médicaments psychotropes. Nos résultats sont en accord avec ceux de Marchand et al. (2006) et McDonough (2000). En effet, ces études indiquent que le revenu professionnel n'est pas associé à la consommation de médicaments psychotropes. Cette absence de relation pourrait peut-être s'expliquer par la mesure du revenu professionnel qui n'estime pas directement le revenu professionnel individuel, mais la moyenne du revenu selon la profession de la personne.

Notre **dixième hypothèse** supposait que l'insécurité d'emploi était liée de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Nonobstant le fait que nos résultats ne nous permettent pas de confirmer cette hypothèse, plusieurs études affichent l'inverse. En effet, l'insécurité d'emploi semble être associée de manière positive à la consommation de médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007a; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Virtanen et al., 2008). Cette divergence peut s'expliquer par le fait que notre étude est basée sur la moyenne de l'insécurité d'emploi au niveau de la profession et non sur la perception individuelle de l'insécurité des travailleurs. Enfin, un seul indicateur dans la version courte du JCQ utilisée par Statistique Canada mesure l'insécurité d'emploi, ce qui pourrait expliquer les résultats non-significatifs. En effet, un autre indicateur mesurant le statut d'emploi permanent versus temporaire (ainsi que la durée du contrat dans ce dernier cas) aurait peut-être contribué à trouver une relation significative et positive entre l'insécurité d'emploi et la consommation de médicaments psychotropes.

Notre **douzième hypothèse** avançait que le fait d'avoir des enfants en bas âge était lié de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, les analyses multivariées ne soutiennent pas une relation significative. Ainsi, le fait d'avoir des enfants en bas âge ne semble pas mener un individu à consommer des médicaments psychotropes. Aucune étude n'a été réalisée sur l'effet d'avoir des enfants de 0 à 5 ans sur la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, la charge familiale (partage des responsabilités familiales et des tâches ménagères) pourrait peut-être avoir un impact sur la charge du travail. En ce sens, le fait d'avoir des enfants en bas âge pourrait intensifier la charge familiale et augmenter la tension vécue par l'individu.

Notre **treizième hypothèse** stipulait que le statut économique était associé de manière négative à la consommation de médicaments psychotropes. Les données de l'ESCC 2.1 ne nous permettent pas de confirmer cette hypothèse puisqu'ils sont contraires à nos attentes. Les résultats suggèrent que le fait d'avoir un revenu du ménage élevé contribue à augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes chez les travailleurs. Les résultats que nous avons obtenus vont dans le sens contraire que ceux déjà trouvés

par d'autres chercheurs. En effet, la majorité ont conclu que le revenu du ménage n'était pas lié de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999; Virtanen et al., 2007). Le fait d'avoir un revenu du ménage élevé signifie peut-être que les membres du ménage, en l'occurrence les parents, travaillent plus d'heures et passent peut-être moins de temps en famille. Ainsi, le fait d'avoir un revenu du ménage élevé n'agirait pas en tant que facteur de protection sur la consommation de médicaments psychotropes.

Nous venons de discuter des hypothèses de notre étude et selon les résultats une seule hypothèse a pu être confirmée, celle qui stipule que le fait de vivre seul augmente les risques de consommer des médicaments psychotropes. Tel que mentionné dans la revue de la littérature, aucune étude à notre connaissance n'a tenté d'évaluer l'effet modérateur de la situation familiale sur la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, nous avons émis trois propositions n'ayant aucun appui de la littérature et nous tenterons de savoir si elles s'avèrent confirmées dans la section qui suit.

Notre **première proposition** avançait que le statut marital est un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Des variables d'interaction ont été créées afin de vérifier cette hypothèse. Les variables d'interaction combinaient le statut marital avec chacune des variables liées à l'organisation du travail. Nous pensions que le fait de vivre seul pouvait interagir avec les conditions de l'organisation du travail. En effet, le fait de vivre seul peut générer des tensions puisque cela implique d'une part le fait d'assumer la totalité des tâches quotidiennes (ménage, budget, etc.) et d'autre part cela implique l'absence d'un confident. Cette tension générée par le fait de vivre seul pourrait venir amplifier l'effet des conditions de travail difficiles sur la consommation de médicaments psychotropes. Suite aux analyses multivariées, les résultats ne sont pas significatifs. Ainsi, nous pouvons conclure que le statut marital n'est pas un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

Notre **deuxième proposition** stipulait que le statut parental est un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Tout comme pour la première proposition, des variables d'interaction ont été créées afin de vérifier cette hypothèse. Les variables d'interaction combinaient le statut parental (0-5 ans et 6 à 11 ans) avec chacune des variables liées à l'organisation du travail. Nous proposons que le fait d'avoir des enfants en bas âge dans le ménage puisse générer une tension. En effet, la présence d'enfants en bas âge nécessite forcément une attention accrue (surveillance, interaction soutenue avec les parents, dépendance de l'enfant vis-à-vis des parents, sommeil interrompu, etc.) de la part des parents afin de veiller au bon développement de l'enfant. Cette vigilance accrue peut engendrer une tension qui peut possiblement interagir avec les conditions de l'organisation du travail. D'ailleurs, plusieurs études soutiennent le fait que la charge familiale peut venir s'ajouter à la charge au travail (Banett et al., 1991; Bourbonnais et al., 1995; Skipper et al., 1990; Tierney et al., 1990). Nous pensons aussi qu'un individu qui a des enfants en bas âge et qui doit également faire face à des demandes psychologiques élevées au travail verrait ses risques de consommer des médicaments psychotropes augmenter. Suite aux analyses multivariées, les résultats que nous avons produits ne sont pas significatifs. Ainsi, nous pouvons conclure que le statut parental n'est pas un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

Notre **troisième proposition** avançait que le statut économique est un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Les variables d'interaction ont été créées afin de vérifier cette hypothèse et elles combinaient le statut économique (bas, bas-moyen, moyen, moyen-élevé, élevé) avec chacune des variables liées à l'organisation du travail. Suite aux analyses multivariées, les résultats que nous avons obtenus ne sont pas significatifs. Ainsi, nous pouvons conclure que le statut économique n'est pas un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Nous pensons que le revenu du ménage pouvait interagir avec les conditions de l'organisation du travail, car le fait d'avoir un faible revenu du

ménage et ainsi avoir de la difficulté à subvenir aux besoins de tous les membres de la famille aurait pu générer une tension pouvant interagir avec des conditions de l'organisation du travail et augmenter les risques de consommer des médicaments psychotropes.

5.2.3 Variables de contrôle significatives

Suite aux analyses multivariées, nous avons été en mesure d'identifier des variables de contrôle significatives reliées à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens, soit le genre, l'âge, la santé physique et la consommation de tabac. Tout d'abord, le genre est lié de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. En effet, les femmes ont 62% plus de risque de consommer des médicaments psychotropes en lien avec le travail que les hommes. Nos résultats corroborent les résultats de plusieurs autres recherches qui suggèrent que les femmes sont plus à risque de consommer des médicaments psychotropes que les hommes (Chartrand, 2003; Godin et al., 2005; Kivimäki et al., 2007a; Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 1999, 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004). Au sujet de l'âge des travailleurs, nos résultats indiquent que plus l'âge des répondants augmente, plus ils ont de risques de consommer des médicaments psychotropes. En général, la plupart des recherches à ce sujet soutiennent nos résultats en démontrant que plus l'âge augmente, plus les travailleurs sont à risque de consommer des médicaments psychotropes (Chartrand, 2003; Godin et al., 2005; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; Moisan et al., 1999; Ngoundo-Mbongue et al., 2005; Pelfrene et al., 2004). En ce qui concerne la santé physique, la présence de problèmes de santé chroniques augmente les risques de consommer des médicaments psychotropes (Beaujouan et al., 2005; Ngoundo-Mbongue et al., 2005). Enfin, en ce qui a trait à la consommation de cigarettes, chaque cigarette fumée sur une base journalière augmente les risques de consommer des médicaments psychotropes de 2%. Ces derniers résultats vont dans le même sens que nombreuses

autres études (Kouvonen et al., 2008; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Ngoudo-Mbongue et al., 2005).

5.2.4 Synthèse des variables significatives du travail et de la famille

Suite aux analyses multivariées, nous avons pu observer qu'une seule condition de l'organisation du travail a un effet sur la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. En effet, il s'agit des heures travaillées. Les résultats suggèrent que plus le nombre d'heures travaillées augmente, moins les travailleurs canadiens ont de risque de consommer des médicaments psychotropes. Concernant la situation familiale, deux variables affichent des résultats significatifs, soit le fait de vivre seul et le fait d'avoir un statut économique élevé. En effet, ces deux variables auront pour effet d'augmenter les risques de consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens.

5.3 Forces et limites de la recherche

Dans la littérature, nous avons observé quelques lacunes. Ainsi, notre recherche proposait de combler ces manques afin de contrer le problème de généralisation à la population de travailleurs canadiens.

Une des forces de ce présent mémoire est qu'il est novateur dans la mesure où jusqu'à présent, à notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur l'effet modérateur de la situation familiale sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Malgré le fait que la notion de travail-famille attire l'attention de certains chercheurs, aucun d'entre eux ne semble avoir évalué la possibilité d'un effet modérateur de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. En effet, des recherches canadiennes ont étudié l'effet des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes sans toutefois faire interagir la famille en

tant que modérateur (Chartrand, 2003; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999). En réalité, dans la majorité des cas les variables concernant la famille sont contrôlées. Outre le Canada (Chartrand, 2003; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Moisan et al., 1999), la Finlande (Kivimäki et al., 2007a, 2007b; Kouvonen et al., 2008; Virtanen et al., 2007, 2008), la France (Beaujouan et al., 2005; Cohidon et al., 2005; Lapeyre-Mestre et al., 1999, 2004; Ngoundo Mbongue et al., 2005), la Belgique (Godin et al., 2005; Pelfrene et al., 2004) et l'Autriche (Traweger et al., 2004) sont des pays, tous membres de l'union européenne, où les chercheurs montrent un intérêt particulier quant à la recherche sur l'effet des conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes.

Une autre force de notre recherche est qu'elle ne se limite pas aux facteurs du travail, mais tente plutôt d'intégrer les différentes sphères de l'individu, telle que la famille, pouvant interagir sur la consommation de médicaments psychotropes. Cette vision d'ensemble permet de mieux comprendre quelles sont les influences sur la consommation de médicaments psychotropes dans la population de travailleurs. Se limiter aux conditions de l'organisation du travail dans l'explication de la consommation des médicaments psychotropes engendrerait des conclusions trop hâtives faisant fi d'autres facteurs potentiels explicatifs.

D'autre part, notre étude se penche sur différents éléments du travail de manière simultanée. Plusieurs études se basent sur le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979) et n'intègrent pas les facteurs tels que les heures de travail, le revenu professionnel, etc. Il est difficile d'isoler l'effet de quelques variables du travail sur la consommation de médicaments psychotropes alors que d'autres variables potentielles peuvent venir interagir sur cette même consommation. Afin d'obtenir des résultats précis et fiables, nous avons intégré neuf facteurs du travail et ce, sans compter la profession.

Enfin, il est important de rappeler le fait que dans la revue de la littérature, plusieurs difficultés de comparaison entre les études ont été soulevées, dont la définition de ce qu'est un médicament psychotrope. En effet, plusieurs études incluaient des drogues dans

leurs études ou autres substances non-prescrites par un médecin, telles que le café. Dans notre étude, la définition de ce qu'est un médicament psychotrope est claire et précise puisqu'elle se base sur l'ATC. De ce fait, les médicaments retenus sont les antidépresseurs, les anxiolytiques et les somnifères.

À propos des limites de notre recherche, tel que mentionné dans la section de la méthodologie, les données provenant de l'ESCC au cycle 2.1 sont des données secondaires. Cela implique que nous avons dû nous en tenir aux données disponibles par le questionnaire de cette enquête. En d'autres termes, des facteurs additionnels auraient pu avoir une influence sur la consommation de médicaments psychotropes en lien avec les conditions de l'organisation du travail, mais il nous a été impossible de les intégrer dans notre étude. Autant sur le plan individuel qu'organisationnel, certains facteurs tels que la personnalité de l'individu, ou le secteur d'activité de l'entreprise pourraient nous aider à mieux comprendre la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. En effet, il est possible de penser que certains individus avec des traits de personnalité particuliers (ex. : faible estime de soi) puissent être plus à risque de consommer des médicaments psychotropes. De plus, concernant les secteurs d'activité, nous pouvons supposer que certains secteurs sont plus à risque de consommer des médicaments psychotropes que d'autres, ceci étant en partie lié à des changements de la situation économique au Canada (ex. : fermeture d'usine, fusion d'entreprise et insécurité d'emploi). De plus, d'autres facteurs explicatifs, tels que l'environnement de l'individu (ex. : influence du cercle d'amis, normes sociales, communauté locale), peuvent avoir une influence sur la consommation de médicaments psychotropes. Par surcroît, dans la problématique de consommation de médicaments psychotropes, il serait intéressant de connaître l'influence des différents facteurs, qu'ils soient familiaux ou liés au travail, dans le temps. Il serait également intéressant de tenir compte d'éléments (deuil, maladie génétique) pouvant pousser un individu à consommer ce type de médicaments et une étude longitudinale pourrait nous aider à isoler les facteurs précipitants. En outre, il est important de mentionner que tout comme dans la majorité des études recensées dans la revue de la littérature, notre étude est transversale, ce qui implique qu'on ne peut pas établir de lien de causalité. Seul un devis longitudinal peut arriver à soutenir ces liens. À

ce sujet, nous pouvons supposer que ceux qui consomment des médicaments psychotropes ont peut-être plus de difficulté à vivre en couple de par leur état émotionnel. Pareillement, Ceux qui consomment des médicaments psychotropes sont peut-être moins apte à travailler un nombre élevé d'heures en raison de leur vulnérabilité. Ainsi, le fait d'avoir une mesure dans le temps permettrait de connaître la cause réelle de la consommation de médicaments psychotropes.

De plus, les mesures agrégées des variables liées aux conditions de l'organisation du travail qui proviennent des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada représentent également une limite de notre étude. L'agrégation des mesures permettent de passer d'une évaluation subjective à une évaluation plus objective. De telle manière, nous perdons tout apport subjectif des répondants et nous nous limitons en quelques sortes à des catégories prédéfinies, celles des professions. Cette limite devient alors très importante à considérer, car elle implique une évaluation de la tension fondée sur des moyennes professionnelles.

Une autre limite de notre étude est sa représentativité à la population de travailleurs canadiens. En effet, les données dont est tiré notre échantillon (Québec, de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie Britannique) n'est pas représentatif de la main-d'œuvre canadienne puisque certaines provinces n'ont pas répondu à la question concernant la consommation de médicaments psychotropes. Les résultats obtenus dans notre recherche ne peuvent donc pas être généralisables à l'ensemble des travailleurs canadiens.

Dans un autre ordre d'idées, la mesure de la consommation de médicaments psychotropes aurait pu être accompagnée de la raison qui pousse l'individu à consommer, d'autant plus que les antidépresseurs, sont prescrits pour d'autres raisons que celle de la dépression telles que pour les troubles alimentaires, les troubles de la personnalité, les douleurs chroniques (ex. : dorsales), les migraines, le renoncement au tabac et autres troubles de la santé.

Un autre aspect important à considérer est le fait que l'usage de médicaments psychotropes est une stratégie parmi tant d'autres afin de lutter contre les effets indésirables des conditions de l'organisation du travail. En effet, certains travailleurs vont se tourner vers une psychothérapie, tandis que d'autres vont faire appel à l'homéopathie. Ainsi, notre étude ne tient pas compte des alternatives dans l'interprétation de l'effet des conditions de l'organisation du travail.

En dernier lieu, il est important de mentionner que plusieurs erreurs sont survenues concernant les répliques des poids bootstrap, limitant ainsi la portée des résultats. En effet, l'absence de données suffisantes a empêché la réplique pour certaines catégories de profession. En outre, les résultats concernant la profession ont dû être mis de côté puisqu'ils n'étaient pas fiables. Nous pensons que la situation familiale pourrait peut-être agir comme un modérateur de la relation entre la profession et le risque de consommer des médicaments psychotropes, mais il a été impossible d'apporter ici une réponse à cette question.

5.4 Implications et pistes de recherche

Cette recherche avait pour but de faire avancer les connaissances sur la consommation de médicaments psychotropes en lien avec les conditions de l'organisation du travail chez les travailleurs canadiens. Nous nous sommes également penchés sur l'effet modérateur de la famille sur cette relation. Toutefois, plusieurs questions demeurent sans réponse et il serait souhaitable que de nouvelles études se penchent sur cette problématique.

D'abord, il serait intéressant de travailler avec des données primaires dans de prochaines recherches. Effectivement, tel que nous l'avons observé avec les données secondaires de l'ESCC 2.1, la sélection des variables à l'étude est dépendante de la disponibilité des données dans la base, ce qui rend certaines variables d'intérêt non disponibles. D'autre part, il serait intéressant d'effectuer des études longitudinales afin de connaître la relation de cause à effet entre les variables.

Par ailleurs, dans la littérature, nous avons observé une grande divergence du point de vue de la relation entre les professions et la consommation de médicaments psychotropes. Dès lors, il serait intéressant de poursuivre les recherches à ce niveau, d'autant plus que notre étude a échoué dans cette tâche en raison de barrières statistiques. L'objectif serait ainsi de mieux cibler les classes de professions à risque de consommer des médicaments psychotropes et de développer des stratégies de prévention appropriées.

D'autre part, malgré le fait que nos résultats n'ont pas été en mesure de prouver l'existence d'un effet modérateur de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes, d'autres facteurs pourraient avoir une influence. Il serait intéressant d'examiner l'effet de la personnalité et des facteurs hors-travail, tels que le soutien hors-travail, sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. En outre, notre étude révèle des statistiques très différentes entre les hommes et les femmes concernant la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. Ainsi, d'autres recherches pourraient s'interroger sur les facteurs explicatifs de cette différence.

À l'aide de nos résultats, il est possible de dire que la consommation de médicaments psychotropes touche un grand nombre de travailleurs canadiens. Certaines conditions de l'organisation du travail ont pour leur part un rôle à jouer sur cette consommation. Ainsi, dans des recherches futures, il serait important de miser sur des solutions afin de protéger la santé du travailleur à plusieurs points de vue. D'une part, il serait convenable d'apporter des améliorations quant aux programmes d'aide aux employés (ex. : soutien psychologique) et de sensibilisation par rapport à la santé mentale en entreprise (ex. : offrir des formations aux gestionnaires et aux employés). D'autre part, tel que nous le savons, la consommation de médicaments psychotropes est souvent associée à des accidents de travail. Par conséquent, il serait approprié de développer des outils dans les milieux de travail afin de mieux évaluer les risques possibles d'accidents de travail.

Enfin, plusieurs facteurs dont ce mémoire ne fait pas état seraient intéressants à intégrer dans de futures recherches. En effet, nous pouvons penser que l'ancienneté et les perspectives de carrière des employés peuvent jouer sur la consommation de médicaments psychotropes. Plusieurs études ont démontré un lien entre l'insécurité d'emploi et la consommation de médicaments psychotropes (Kivimäki et al., 2007a; Lapeyre-Mestre et al., 2004; Marchand et al., 2006; McDonough, 2000; Virtanen et al., 2008). Ainsi, le fait d'avoir de l'ancienneté (signe de stabilité et de sécurité) et de développer des perspectives de carrières pourraient agir en tant que facteur de protection contre la consommation de médicaments psychotropes. D'autre part, notre étude aborde la notion de gratification, mais elle est cependant limitée à la sécurité d'emploi et au revenu professionnel. Il serait pertinent d'examiner d'autres formes de gratification en lien avec la consommation de médicaments psychotropes, telle que la reconnaissance et la motivation au travail. En outre, le style de gestion du superviseur pourrait avoir un impact sur la consommation de médicaments psychotropes. Par ailleurs, il serait intéressant d'en savoir plus sur les alternatives de la consommation de médicaments psychotropes. En ce sens, nous pouvons imaginer que certains individus qui vivent une situation difficile au travail vont se tourner vers d'autres alternatives que celles de la pharmacologie, telle qu'une psychothérapie ou encore l'homéopathie. Il serait intéressant de connaître la proportion de gens qui consultent en lien avec le travail et ainsi mieux cibler les facteurs du travail qui génèrent le plus de tension. Enfin, il serait pertinent de se pencher sur l'accessibilité aux services de soin de santé et l'influence des régimes d'assurance sur la consommation de médicaments psychotropes.

CONCLUSION

Ce mémoire de recherche avait comme objectif d'examiner la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes et d'élaborer sur le rôle de la situation familiale sur cette relation. De ce fait, nous avons tenté d'évaluer l'effet potentiel des diverses conditions de l'organisation du travail sur la consommation de médicaments psychotropes, tels que les antidépresseurs, les anxiolytiques et les somnifères. Par surcroît, nous avons évalué l'effet modérateur de la situation familiale sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Afin d'atteindre ces objectifs de recherche, nous avons eu recours aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) provenant du cycle 2.1 de Statistiques Canada.

En effectuant la revue de la littérature, nous avons constaté un manque d'études sur la consommation de médicaments psychotropes en lien avec le travail. De plus, rares sont les études sur l'effet de la situation familiale dans un tel contexte et absentes sont les études sur l'effet modérateur de la famille sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail.

En fonction de nos résultats, il nous est possible d'établir un lien significatif négatif entre le nombre d'heures travaillées et la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens, ce qui est contraire à nos attentes. Ceci pourrait être expliqué par le fait que d'être à temps plein versus temps partiel peut amener une plus grande sécurité d'emploi chez le travailleur, ce qui peut tout simplement diminuer les risques de consommer des médicaments psychotropes. En effet, travailler plus d'heures signifie un accroissement des revenus et ainsi des ressources financières. Cela peut également signifier un meilleur niveau de vie, le tout pouvant réduire la tension chez le travailleur et ainsi réduire les risques de consommer des médicaments psychotropes. Enfin, nos

résultats révèlent que la situation familiale n'est pas un modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

En fonction des résultats obtenus dans ce mémoire, il est possible d'affirmer que les facteurs du travail jouent faiblement sur la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens, alors que des facteurs liés à la situation familiale et à l'individu lui-même apparaissent plus importants. Nous souhaitons que de ce mémoire émaneront d'autres recherches qui viendront combler nos connaissances au sujet de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens. Nous espérons que les informations et les nouvelles pistes de recherche contenues dans ce mémoire aideront autant les travailleurs, les collègues et les gestionnaires à prendre conscience de l'importance accordée à ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

Alla F. & Bauman M. (2003). 5 year trajectories for dependence to psychotropics in a cohort of consumers. *Thérapie*, 58(2): 145-151.

Ardilly P. (2006). Les techniques de sondage. *Editions Technip*, Paris.

Baird M.F. & Brière M.-J. (2000). Le comprimot. Chronique linguistique tirée de la revue Québec pharmacie, *Publications Codex*. 36 p.

Barnett R.C., Davidson H. & Marshall N.L. (1991). Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Health Psychology*, 10: 94-101.

Beaujouan L., Czernichow S., Pourriat J.-L. & Bonnet F. (2005). Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 24: 471-479.

Benach J., Benavides F.G., Platt S., Diez Roux A. & Muntaner C. (2000). The health-damaging potential of new types of flexible employment : a challenge for public health researchers. *American Journal of Public Health*, 90: 1316-1317.

Bhattacharjee A., Chau N., Sierra C.O., Legras B., Benamghar L., Michaely J.-P., Ghosh A.K., Guillemin F., Ravaud J.-F. & Mur J.-M. (2003). Relationship of job and some individual characteristics to occupational injuries in employed people: A community-based study. *Journal of Occupational Health*, 45(6): 382-391.

Blennow G., Romelsjo A., Leifman H., Leifman A. & Karlsson G. (1994). Sedatives and hypnotics in Stockholm: social factors and kind of use. *American Journal of Public Health*, 84(2): 242-246.

Bluestone V., & Harrison B. (1982). The Deindustrialization of America: Plant Closings, Community Abandonment, and the Dismantling of Basic Industry. *Basic Books*, New York.

- Bondy S.J., Rehm J. Ashley M.J., Walsh G., Single E. & Room R. (1999). Low-risk drinking guidelines : The scientific evidence. *Canadian Journal of Public Health*, 90(4) : 264-270.
- Bourbonnais R. & Vézinat M. (1995). La santé mentale des cols blancs et l'environnement psychosocial du travail. *Santé mentale au Québec*, 20(2): 163-184.
- Bourbonnais R., Brisson C., Malenfant R., & Vézina M. (2005). Health Care Restructuring, Work Environment, and Health of Nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(1): 54–64.
- Cans C. & Rotily M. (1991) La consommation de psychotropes en population générale dans le département de l'Isère. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 39: 515-522.
- Cézard M., Dussert F. & Gollac M. (1992). Les facteurs de pénibilité mentale au travail. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1991, *Premières informations*, 265, Ministère du Travail, Ses.
- Chartrand P. (2003). Tension au travail et consommation de médicaments psychotropes. Mémoire présenté à la faculté de Pharmacie, Université de Laval.
- Cohidon C., Alla F., Chau N. & Michaely J.P. (2005). Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale. *Santé Publique*, 17(3): 325-338.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie (CPLT) (2000). Médicaments psychotropes et travailleurs : pour en savoir plus. *Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux*.
- Corcos M., Flament M. & Jeammet P. (2003). Les conduites de dépendance : Dimensions Psychopathologiques communes, *Editions Masson*, Paris.
- Denton M., Prus S. & Walters V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12): 2585-2600.

- Dodge Y. (2004). Statistique: dictionnaire encyclopédique, *Editions Springer*, Paris.
- Empereur F., Baumann M., Alla F. & Briancon S. (2003). Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28(1): 61-68.
- Estryn-Behar M., Kaminski M., Peigne E., Bonnet N., Vaichere E., Gozlan C., Azoulay S. & Giorgi M. (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine*, 47: 20-28.
- Feline A. & Le Goc I. (1985). Les benzodiazepines: Prescription, consommation, addiction. *La semaine des hôpitaux de Paris*, 61(45): 3171-3176.
- Godin I., Kittel F., Coppieters Y. & Siegrist J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BioMed Central Public Health*, 5: 67.
- Greenberg P.E., Sisitsky T., Kessler R.C., Finkelstein S.N., Berndt E.R., Davidson J.R., Bellenger J.C. & Fyer A.J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7): 427-435.
- Grzywacz J.G. & Marks N.F. (2000). Reconceptualizing the Work-Family Interface: An Ecological Perspective on Correlates of Positive and Negative Spillover Between Work and Family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1): 111-126.
- Haguenoer J.M., Hannotiaux M.H., Lahaye-Roussel M.C., Fontaine B., Legrand P.M., Shirali P., Pamart B., Brillet J.M., Brouck N., Bailly I. & Frimat P. (1997). Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel: une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais, *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, 80: 11-15.
- Hall W.D., Mant A., Mitchell P.B., Rendle V.A., Hickie I.B. & McManus P. (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *British Medical Journal*, 326: 1008.
- Hamon-Cholet S. & Rougerie C. (2000). La charge mentale au travail: des enjeux complexes pour les salariés. *Économie et statistique*, 339-340.

- Jacobson D.A. (1987). Personological study of the job insecurity experience. *Social Behavior*, 2: 143-155.
- Karasek R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24: 285-308.
- Karasek R.A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*. Lowell, Department of Work Environment, University of Massachusetts.
- Karasek R.A. & Theorell T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. New York, Basic Books.
- Kivimäki M., Vahtera J., Pentti J. & Ferrie J.E. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: a longitudinal cohort study. *BMJ*, 320: 971-975.
- Kivimäki M., Honkonen T., Wahlbeck K., Elovainio M., Pentti J., Klaukka T., Virtanen M. & Vahtera J. (2007a). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61: 154-158.
- Kivimäki M., Gunnell D., Lawlor D.A., Davey Smith G., Pentti J., Virtanen M., Elovainio M., Klaukka T. & Vahtera J. (2007b) Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychological Medicine*, 37: 373-382.
- Kossek E.E., & Ozeki C., (1998). Work-Family Conflict, Policies, and the Job-Life Satisfaction Relationship : A Review and Directions for Organizational Behavior-Human Resources Research. *Journal of Applied Psychology*, 83(2): 139-149.
- Kouvonen A., Oksanen T., Vahtera J., Stafford M., Wilkinson R., Schneider J., Vaananen A., Virtanen M., Cox S.J., Pentti J., Elovainio M. & Kivimäki M., (2008) Low workplace social capital as a predictor of depression. The Finnish public sector study. *American Journal of Epidemiology*, (in press).
- Lapeyre-Mestre M., Chastan E., Louis A. & Montastruc J.L. (1999). Drug consumption in workers in France: a comparative study at a 10-year interval (1996 versus 1986). *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(5): 471-478.

- Lapeyre-Mestre M., Sulem P., Niezborala M., Ngoundo-Mbongue T.B., Briand-Vincens D., Jansou P., Bancarel Y., Chastan E. & Montastruc, J.L. (2004). Taking drugs in the working environment: a study in a sample of 2106 workers in the Toulouse metropolitan area. *Thérapie*, 59(6): 615-623.
- Lehman W. E. K. & Bennett J.B. (2002). Job risk and employee substance use: the influence of personal background and work environment factors. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28: 263-286.
- Leymann H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2): 165-184.
- MacDonald T.M. (1998). Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet*, 352 : 2019-2020.
- Marchand A., Demers A., Durand P. (2005a). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science and Medicine*, 60 (1) : 1-14.
- Marchand A., Durand P., Simard M., Demers A. & Collin, J. (2006). Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes: changer d'emploi y est-il pour quelque chose? *BMC Public Health*, 8: 333.
- McDonough P. (2000). Job insecurity and health. *International Journal of Health Services*, 30: 453-476.
- Moisan J., Bourbonnais R., Brisson C., Gaudet M., Vézina M., Vinet A. & Grégoire J.-P. (1999). Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Work & Stress*, 13: 289-298.
- Middleton N., Gunnell D., Whitley E., Dorling D. & Frankel S. (2001). Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998. *Journal of Public Health Medicine*, 23: 262-267.
- Muntaner C., Wolyniec P., McGrath J. & Pulver A.E. (1995). Differences in social class among psychotic patients at inpatient admission. *Psychiatric services*, 46: 176-178.

- Ngoundo-Mbongue T.B., Niezborala M., Sulem P., Briant-Vincens D., Bancarel Y., Jansou P., Chastan E., Montastruc J.L. & Lapeyre-Mestre M. (2005). Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14: 81-89.
- Nylén L., Melin B. & Laflamme L. (2007). Interference between work and outside-work demands relative to health: unwinding possibilities among full-time and part-time employees. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(4): 229-236.
- Pariante P., Lépine J.P. & Lellouch J. (1992). Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. *Psychological Medicine*, 22: 181-190.
- Pelfrene E., Vlerick P., Moreau M., Mak R.P., Kornitzer M. & De Backer G. (2004). Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study. *Social Science & Medicine*, 59: 433-442.
- Putnam R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon Schuster.
- Reseland S., Bray I. & Gunnell D. (2006). Relationship between antidepressant sales and secular trends in suicides in Nordic countries. *British Journal of Psychiatry*, 188: 354-358.
- Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Gouvernement du Québec. Vol. 1.*
- Schwartz J.E., Peiper C.F. & Karasek R. (1988). A procedure for linking psychological job characteristics data to health survey. *American Journal of Public Health*, 78(8): 904-909.
- Seigrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1: 27-41.
- Skipper J.K., Jung F.D. & Coffey L.C. (1990). Nurses and shiftwork: Effects on physical health and mental depression. *Journal of Advanced Nursing*, 15: 835-842.

Statistique Canada (2003). Information détaillée pour 2003 (Cycle 2.1). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ESSC, disponible à http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm, consulté juillet 2008.

Statistique Canada (2005). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) cycle 2.1 (2003), disponible à : http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&InstaId=15282&InstaVer=2&SDDS=3226&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2

Statistique Canada (2008). Enquête sur la population active, disponible à : http://www.statcan.ca/francais/sdds/index_f.htm, consulté juillet 2008.

Storr C.L., Trinkoff A.M. & Anthony J.C. (1999). Job strain and non-medical drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(1-2): 45-51.

The Finnish statistics on medicines 2000. (2001). *National agency for medicines and social insurance institution*, Helsinki.

Tierney D., Romito P. & Messing K. (1990). She ate not the bread of idleness: Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec hospital workers. *Women Health*, 16: 21-42.

Traweger C., Kinzl J.F., Traweger-Ravanelli B. & Fiala M. (2004). Psychosocial factors at the workplace-do they affect substance use? Evidence from the Tyrolean workplace study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 13: 399-403.

Virtanen M., Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J & Ferrie J.E. (2003b). From insecure to secure employment: changes in work, health and health related behaviours. *Occupational and Environmental Medicine*, 60: 948-953.

Virtanen M., Honkonen T., Kivimaki M., Ahola K., Vahtera J., Aromaa A. & Lonnqvist J. (2007). Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 98: 189-197.

- Virtanen M., Kivimaki M., Ferrie J.E., Elovainio M., Honkonen T., Pentti J., Klaukka T. & Vahtera J. (2008). Temporary employment and antidepressant medication: a register linkage study. *Journal of Psychiatric Research*, 42: 221-229.
- White J., Janzen R., & Lipsig-Mumme C. (1997). When Public Jobs Go Private : A Study of the Termination of Admail Workers by the Canada Post Corporation, Working Paper Series, n°17. *Center for Research on Work and Society*, York University, Toronto.
- WHO, Collaborating centre for drug statistics methodology. (2000) *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index*. Oslo.
- Zarifian E. (1996). Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. *Raylar pour le Ministre chargé de la santé*, Paris.

ANNEXE 1

DÉTAILS DES ÉTUDES RECENSÉES SUR LES CONDITIONS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL, LA SITUATION FAMILIALE ET LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
- <u>Beaujouan et al.</u> (2005) : addiction aux substances psychoactives -Transversale	Médecins anesthésistes-réanimateurs (profession à risque) français N =3476 TR=38% ♀=1241	-Prévalence de consommation : ♂ :12.1% ♀ : 16.4% -prévalence d'abus et de dépendance : 4.5% -Tranquillisants (1) -Hypnotiques (2) -OUI/NON et abuseur/dépendant -Basé sur le MINI (mini international neuropsychiatric interview, établi pour le diagnostic des maladies psychiatriques : évaluer la consommation dans les 12 derniers mois.	-sentiment de surcharge au travail (+) -Profession (anesthésie, réanimation) (+)	-statut marital (+)	-âge (pas significatif) -sexe (pas significatif) -consommation d'alcool (+) -sentiment de privation de sommeil (+) -consommation d'opiacés, de cannabis et de stimulants (+)	-Analyses : -analyse univariée descriptive, test de Fisher -Régression logistique pas à pas : pour évaluer les facteurs de risques indépendants -Limites : 1) questions pouvant être perçues comme étant trop intrusives 2) Représentation plus importante des 36-45 ans et une sous représentation des 56-65 ans.

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
<p>-Chartrand (P.) (MÉMOIRE) (2003) : Tension au travail -Canada (Qc.) -transversale, mais en différentes mesures : 1991-1993 1999-2003</p>	<p>Cols blancs travaillant provenant de 22 entreprises gouvernementales et privées. N =5757 TR=82.9% ♀=n/a</p>	<p>Prévalence de consommation : 6.2% (♀ :8.0%/♂ : 4.6%) -44.7% : antidépresseurs -38.4% : anxiolytiques -11.6% : hypnotiques ou sédatifs -3.3% : antipsychotiques -2% : psychostimulants -1.3% : consommation de plus d'une classe de ces édicaments</p>	<p>-Occupation (absence de relation) -Support social au travail (-) -effet seul des demandes psychologiques faible mais (+) -latitude décisionnelle (absence de relation significative lorsque non-combiné aux demandes élevées) -tension au travail (job strain) : absence de relation -déséquilibre entre effort- récompense (+) -statut d'emploi (absence de relation)</p>	<p>-support social hors-travail (-) -événements stressants de la vie depuis 12 mois (+) -Revenu du ménage (absence de relation)</p>	<p>-Genre (+) -Âge (+) -Cigarette (+) -Niveau d'éducation (absence de relation) -Alcool (absence de relation) -Activité physique (absence de relation) -Pratique de la méditation/relaxation (+)</p>	<p>-Analyses : -Descriptives (prévalence) -Bivariées (rapport de cote+ intervalle de confiance) -Régressions logistiques multivariées -Vérification de la multicolinéarité.</p> <p>-Limites : 1) La population éligible provient d'une étude sur les maladies cardiaques (constitution de l'échantillon, t sont p-é plus sensible au stress lié au travail). 2) Validité externe 3) sous-estimation de la consommation de médicaments psychotropes (désirabilité sociale) 4) Résultats contraires du support social (question axées sur la quantité et non la qualité du support)</p>

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
- Godin et al.(2005) : cumulative job stress -Belgique -Longitudinale -T1 :2000 -T2 :2001	Employés de 4 entreprises Belges N =1986 TR=n/a ♀=920	-Indicateurs de la santé mentale -3 types de médicaments psychotropes : -tranquillisants (1) -antidépresseurs (2) -pilule pour dormir (3)	-stress psychosocial (+)=déséquilibre entre effort/récompense -stress soudain (+) v.s. stress cumulé (+) impact encore plus fort chez la femme)		-genre (non significatif) -niveau d'éducation (+) -âge (non significatif)	-Analyses : -analyse bivariée -régression logistique multivariée -Limites : 1) Confusion possible entre détérioration d'un problème de santé mental v.s. effet seul du stress au travail. 2) Changements organisationnels en cours d'études (dans les 4 entreprises)
Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
- Kivimaki et al. (2006) : Social inequalities in antidepressant treatment and mortality -Finlande Longitudinale : T1 :1994-1996 T2 : 1997-2000	Échantillon d'employés locaux gouvernementaux ayant travaillé dans les 10 villes pour au moins 1 an entre 1994 et 1999. N = 18 042+47 591= 65 633 TR=n/a ♀=47 591	- Prescriptions d'antidépresseurs seulement de la période du 1er janvier 1994 au 31 décembre 2000 (différentes sortes) -codification selon l'ATC -Augmentation de la consommation entre1994 et 2000 (pour l'homme de 1.9% à 3.3% et chez la femme de 3.5% à 6.1%)	-Profession (+) chez les hommes exécutifs seniors		-niveau d'éducation (+) pour les hommes, un plus haut niveau d'éducation est lié à une consommation d'antidépresseurs) - statut socioéconomique (éducation+ profession) : chez la femme aucune association avec les antidépresseurs	-Analyses : -régressions logistiques -Limites : 1) Auteurs ont mis l'accent uniquement sur les anti-D, or il existe d'autres interventions pour la santé mentale (ex. : psychothérapies, etc.) 2) la sélection des variables à l'étude est dépendante de la disponibilité des données dans la base, ce qui rend certaines variables d'intérêt non disponibles. 3) Faibles doses d'antidépresseurs peuvent être prescrites pour d'autres maux que des atteintes à la santé psychologique d'un individu. 4) Absence d'indicateurs de désordres dépressifs 5) manque de généralisation à d'autres populations.

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
<p>-Kivimäki et al.(2007) : organisational downsizing -Finlande -Transversale</p>	<p>Employés (temps plein) municipaux en Finlande N=26 682 TR=n/a ♀= 74%</p>	<p>-Les données sur les médicaments psychotropes proviennent de l'assurance santé, qui elle est basée sur l'ATC. :</p> <ul style="list-style-type: none"> - antidépresseurs - anxiolytiques - hypnotiques <p>-la mesure a été faite entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 2000 pour chaque participant. -ce n'est pas oui/non, mais plutôt qu'ont-ils consommé (+ le nombre de prescriptions)?</p> <p>- 806 992 prescriptions.</p>	<p>- réduction en personnel (critère de réduction 18%): (+) La réduction en personnel amène pour conséquences chez les travailleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -insécurité d'emploi (+) -demandes élevées (+) -Faible latitude décisionnelle (+) <p>** (modèle de demande-contrôle et le modèle effort-récompense) **</p> <p>-statut occupationnel (+) : en contexte de réduction en personnel : 1) chez les hommes l'augmentation en termes de consommation de médicament était autant chez les manuels que chez les non-manuels 2) chez les femmes cette association s'observe seulement chez les manuels (l'effet étant moindre que chez les hommes)</p>		<p>-genre (+) (en général, les ♀ consomment plus d'antidépresseurs que les hommes, mais avec la réduction en personnel elles tendent à consommer davantage d'anxiolytiques). Par contre, avec la restructuration, la différence est plus notable chez les hommes p/r à la normale. Les hommes consomment des hypnotiques. -âge (non significatif) : on remarque que ceux qui ne sont pas exposé à la restructuration sont plus âgés. -niveau d'éducation (léger effet, mais non significatif)</p>	<p>-Analyses : Les analyses ont été effectuées séparément pour les hommes et les femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -x2 (voir entre les gr p/r à la réduction) pour le genre et les employeurs -analyse de variance pour l'âge. -analyses de fréquence -Régression binomiale pour voir le lien entre post-réduction et médicaments psychotropes. -analyses stratifiées selon le statut occupationnel pour voir si un statut réagit différemment de l'autre p/r à la réduction. <p><u>Limites</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Données obtenues uniquement après la restructuration 2) Dépendant des données disponibles, mais d'autres variables auraient été intéressantes 3) 74% des participants sont des femmes= plm de généralisation

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
<p>- Kouvonen et al. (2008) : Low workplace social capital -Finlande -Longitudinale T1 : 2000-2002 T2 : 2004-2005</p>	<p>Échantillon d'employés Finlandais du secteur public sans dépression à la base N =33 577 TR= (T1 :68%/T2 :77%) ♀=(T1 :26954/T2 : 21259)</p>	<p>Prévalence de ceux ayant commencé à consommer = 5% -Antidépresseurs (indicateurs de dépression) -basé sur la codification de l'ATC</p>	<p>-Capital social au travail (-) -Profession (+) surtout chez les hommes manuels</p>	<p>-Statut marital (+) : Le fait d'être seul augmente les risques</p>	<p>-genre (+) -âge (absence de relation significative) -le lieu de travail (ville/hôpital) (absence de relation significative) -tabac (+) -usage d'alcool (+) -activité physique (+) -indice de masse corporelle (absence de relation significative) -détresse psychologique (+)</p>	<p>-Analyses : -intervalles de confiance -régression logistique multiniveaux -Limites : 1) le secteur public n'est pas représentatif de la population des travailleurs en général 2) auto questionnaire : biais possibles 3) Aucune info sur la raison pour laquelle ils consomment des antiD 4) Possibilité de d'autres facteurs en cause 5) Tous les employés avaient un emploi à temps plein, donc pas généralisable.</p>
<p>-Lapevre-Mestre et al. (1999) : Drug consumption in workers in France - 2 études transversales : Etude 1 :1986 Etude 2 :1996</p>	<p>Échantillon de travailleurs français : N = 2221 en 1986 et 2674 en 1996 TR=n/a ♀=46%</p>	<p>-Plus de 40% prennent des médicaments, mais pas uniquement des psychotropes -usage général de médicaments, hypnotiques, anxiolytiques, psychoactifs, analgésiques, médicaments pour la digestion... -on demande aux candidats quels médicaments ou?? Pour quelle raison -pas de codification de l'ATC, mais plutôt « the classification of the French national formulary (Vidal dictionary) -parle d'homéopathie</p>	<p>-difficulté du travail (+) : cela entraîne surtout la consommation de hypnotiques, d'anxiolytiques et psychoactifs. -profession (+)</p>	<p>-problèmes extra-professionnels (familial, personnels, etc.) (+)</p>	<p>-sexe (+) : la femme en consomme plus et surtout des anxiolytiques -âge (+)</p>	<p>-Analyses : -test de Student -x2 (analyse univariée) -analyses multivariées : Régressions logistiques -Limites : non citées</p>

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
- Lapeyre-Mestre et al. (2004) : conduite dopante -France (Toulouse) -Transversale	Travailleurs de la région de Toulouse N =2106 TR= ♀=50.9%	-Prévalence : 1 sujet sur 3 a recours à des médicaments en relation avec son travail -20% : pour être en forme au travail -12% : pour un symptôme gênant -18% : pour se détendre au décours d'une journée difficile -Médicaments codés selon l'ATC	-stress au travail (+) -type de contrat de travail (+). Contrat de courte durée peut engendrer de l'insécurité -profession : employés et ouvriers consomment + -sécurité de l'emploi ressentie -satisfaction globale au travail (-)	-satisfaction globale hors-travail (+)	-genre (+) -âge (+) -alcool (+) -nourriture (+) -Caféine (+) -dépendance à la nicotine (+) -détresse psychologique (+)	-Analyses : -test de Student bilatéral -test du x2 pour es données qualitatives -calcul de rapport de cotes (RC) et son intervalle de confiance (IC) 95%. -2 modèles de régression logistique -logiciels : EPI-INFO (6.04d1) et STATA 6.0 -Limites : Non-citées
- Marchand et al. (2006) : Détresse psychologique, alcool et médicaments -Canada (Qc.) -Longitudinale : -Cycle 1 :1994-1995 -Cycle 2 : 1996-1997 -Cycle 2 : 1998-1999	N =7766 TR :n/a -cycle 1 : 86.0% -cycle 2 : 93.6% -cycle 3 : 88.9% ♀=n/a	-Se base sur l'ATC : -consommation au cours du dernier mois de tranquillisants, d'antidépresseurs et /ou de somnifères.	-utilisation des compétences (aucun lien significatif) -l'autorité décisionnelle (aucun lien significatif) -demandes physiques (aucun lien significatif) -demandes psychologiques (+) -soutien social au travail (-) -insécurité d'emploi (+) -Demandes contractuelles (+) : heures travaillées et horaire irrégulier	-statut marital (+) -revenu du ménage (aucune relation) -réseau social hors-travail	-genre (+) -âge (+) -éducation (aucune relation)	-Analyses : -régressions logistiques multiniveaux à mesures répétées -corrélations intraclasses -Limites : Non-citées

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
- McDonough (2000) : Job insecurity and health -Transversale (première étude en 1994) mais se base sur une étude longitudinale (qui se fait à tous les 2 ans) « the national population health survey.	Échantillon de travailleurs canadiens N =8748 TR=n/a ♀=n/a	-Médicaments consommés depuis 1 mois (oui/non) -tranquillisants -antidépresseurs -codéine -demerol -morphine -pilule pour dormir -aucune codification de l'ATC	-insécurité d'emploi (+) -support social au travail (+) -tension au travail (+) : Demandes psychologiques élevées/faible latitude décisionnelle -demandes physiques (-)	-revenu du ménage (absence de relation) -statut marital (+)	-sexe (+) -éducation (absence de relation) -âge (+) (augmente jusqu'à l'âge de la mi 40 pour ensuite redescendre.	- <u>Analyses</u> : -corrélations - <u>Limites</u> : 1) Usage de données transversales??difficile de trouver les causes 2) auto-questionnaire, donc biais possibles
- Moisan et al. (1999) : Job strain -Canada (Qc.) -Transversal	Cols Blancs de la région de Québec N=2786 TR=62.4% ♀=N/A	-Consommation mesurée sur une période de + de 2 jours d'une des substances suivante (selon l'ATC) : -antipsychotiques (1) -anxiolytiques (2) -hypnotiques (3) -sédatifs (4) -antidépresseurs (5) -psychostimulants (6) -Prévalence de consommation=3.9%	<u>Tension au travail</u> (+)= -Demandes psychologiques élevées (Karasek, 1979) -Faible Latitude décisionnelle (Karasek, 1979) - <u>Support social au</u> <u>travail</u> : n'intervient pas dans la relation entre les médicaments et la tension au travail, mais semble a une influence -Profession (absence de relation)	-Revenu du ménage (absence de relation) -soutien hors travail (-) -événements stressants de la vie depuis les 12 derniers mois (+)	-âge (+) -sexe (absence de relation) -éducation (+) -cigarette (absence de relation) -abus d'alcool absence de relation) -activité physique (-)	- <u>Analyses</u> : -descriptives (prévalence de consommation) -calcul des ratios -régression multiples -mesure de la multicolinéarité - <u>Limites</u> : 1) Attirance pour les personnes cardiaques plus susceptibles aux effets du stress (surestimé) 2) Désirabilité sociale (usage de médicaments psychotropes sous estimé) 3) Mauvaise classification des candidats (sous estimation)

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
<p>-Ngoundo-Mbonque et al. (2005) : performance – enhancing - France (Toulouse) -Longitudinale T1 :2000 T2 :2001</p>	<p>Travailleurs de la région de Toulouse -N=1273 -TR=n/a -♀=52.6%</p>	<p>-Prévalence de consommation =9.1% (4.3% : anxiolytiques, 1.9% : hypnotiques, 1.7 % : antidépresseurs, 2.1 %: opiacés analgésiques, 0.5% antipsychotiques (selon la classification de l'ACT) -Dépendance=3.5% des travailleurs</p>	<p>-<u>Faible satisfaction au travail</u> (+) -<u>Profession</u> (+) : Catégories professionnels (+) + chez les employés que les séniors</p>	<p>-Soutien social hors-travail (-)</p>	<p>-âge (+) -sexe (+) : (féminin + de risque) -Nicotine (+ avec dépendance) -Alcool (+) -satisfaction hors-travail (-) -comportements de performance (+) -désordres du sommeil (+)</p>	<p>-<u>Analyses</u> : -descriptives -X², test t de Student -régressions multiples (odd ratios et intervalles de confiance)</p> <p>-<u>Limites</u> : (non cités)</p>
<p>- Pelfrene et al. (2004) : Use of benzodiazépine -Belgique -Transversale</p>	<p>Échantillon de travailleurs provenant de 25 entreprises en Belgique N =21 106 TR=48% ♀=5 012</p>	<p>-Prévalence : ♀=9.3% ♂=5.6% -usage de benzodiazépine durant le dernier mois (oui/non) -codification selon le Belgian Pharmaceutical Formulary (et non l'ATC)</p>	<p>-tension au travail (+)= -demandes élevées (+) -faible contrôle au travail (+) -support au travail (absence de relation significative) -profession (+)</p>	<p>-statut marital (+) : Vivre seul augmente les risques</p>	<p>-âge (+) -Niveau d'éducation (+) -Secteur d'activité (+)</p>	<p>-<u>Analyses</u> : - X² -analyses bivariées -régressions logistiques</p> <p>-<u>Limites</u> : 1) le type de question posée 2) la durée et la raison de consommer aurait été intéressant à savoir 3) transversale=pas de cause à effet 4) Désirabilité sociale, ce qui mène à une sous-estimation</p>

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
- <u>Traweger et al.</u> (2004) : Psychosocial factors at the workplace -transversale -Tyrol (Autriche)	Échantillon de travailleurs du Tyrol N =700 TR= ♀=305	-Prévalence : 5.6% (4.8% homme/ 6.6% femme) -antidépresseurs, benzodiazépines, analgésiques, stimulants et phytothérapeutiques -ne mentionnent pas l'ATC	-mauvaise atmosphère au travail (+) -satisfaction au travail (-) -présence de bullying au travail (+) -demandes du travail (faible, modéré, élevé) (aucune relation significative). -Demandes contractuelles (+) : heures de travail (+) et statut d'emploi (partiel v.s temps plein) (+)		-genre (pas de différence significative entre les hommes et les femmes) -âge (la probabilité de consommer en lien avec des difficultés au travail augmente avec l'âge, MAIS il n'y a pas de différence significative entre les groupes d'âge)	-Analyses : - Pearson (Chi2) -régression logistique -Limites : 1) se sont uniquement concentré sur le stress au travail et non sur la partie hors travail 2) Limite des auto- questionnaires.
- <u>Virtanen et al.</u> (2007) : Work stress, mental health and antidépresseur -transversale	Échantillon de la population active finlandaise ayant répondu à une étude sur la santé de 2000 (the health 2000 study) N =3366 TR=3366/7419=45 % ♀=1704	-antidépresseurs consommés depuis les 12 derniers mois -codification de l'ATC	-Profession - demandes (+) -contrôle (+) -« job strain » (+) (tension au travail) -demandes élevées+tension élevée au travail chez l'homme (+) -caractéristiques du travail chez la femme(-) (VOIR P.194)	-revenu du ménage (-)	-genre (évident seulement chez les hommes) -âge (pas significatif)	-Analyses : -Régression logistique -binaire -Limites : 1) transversale, donc pas de cause à effet 2) Basé sur les prescriptions, or certaines personnes peuvent être atteintes de dépression et la traiter autrement.

Étude/ Année/ Pays/Devis	Échantillon	Usage de médicaments psychotropes	Travail	Hors travail (Famille)	Individu	Notes (Analyses/ Limites)
<p><u>-Virtanen et al.</u> (2008) : temporary employment and antidepressant medication -transversale</p>	<p>Échantillon de travailleurs provenant de 10 municipalités finlandaises (secteur publique) N =17 071+48 137 =65 208 TR=n/a ♀=48 137</p>	<p>Prévalence = 5.3% (homme : 3.6%/ femme : 5.9%) -antidépresseurs prescrits entre 1998 et 2002) - codification de l'ATC -La consommation a augmenté au fil du temps (à la fin de l'étude, prévalence de 6.5% (homme : 4.1%/femme : 7.3%)</p>	<p><u>Demands contractuelles</u> (+) : type d'emploi (temporaire v.s. permanent) (+) -durée du contrat (0- 6 mois/7-12 mois) (+) -la durée du contrat est inversement proportionnelle au niveau d'instabilité (+) -<u>Insécurité d'emploi</u> (+) -<u>profession</u> (+) : surtout chez les hommes manuels.</p>		<p>-genre (surtout chez les femmes employées au gouvernement à statut temporaire et chez les hommes de grades inférieurs à statut temporaire) pas de différence significative entre les deux sexes -âge (n'a pas été mis en relation)</p>	<p>-<u>Analyses</u> : -X² - régressions logistiques -<u>Limites</u> : 1) Analyse transversale, donc pas de cause à effet</p>