



Conditions de l'organisation du travail, consommation d'alcool à risque et médicaments psychotropes: Le rôle modérateur des traits de personnalité

Par

Sabine Saadé

Relations industrielles

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise en relations industrielles (M.Sc.)

Mars 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Conditions de l'organisation du travail, consommation d'alcool à risque et médicaments
psychotropes: Le rôle modérateur des traits de personnalité

Présenté par
Sabine Saadé

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Philippe Barré
Président rapporteur

Stéphane Renaud
Membre du jury

Alain Marchand
Directeur de recherche

Résumé

L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer le rôle modérateur de trois traits de personnalité, soit l'estime de soi, le sentiment de cohésion, ainsi que le centre de contrôle interne sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque, ainsi que la consommation de médicaments psychotropes des travailleurs canadiens.

Les données sur lesquelles nous nous sommes basés proviennent de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population (ENSP) de Statistique Canada. Celle-ci a été conduite à des intervalles de deux ans, de l'année 1994 jusqu'à l'année 2003, et comprend ainsi cinq cycles longitudinaux.

Les analyses multiniveaux que nous avons effectuées nous ont permises d'identifier cinq variables des conditions de l'organisation du travail qui s'associent de manière significative à la consommation d'alcool à risque, soit l'utilisation des compétences qui augmente de 7% le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque par un travailleur, les demandes psychologiques qui augmentent ce risque de 69%, et les travailleurs confrontés à un horaire de travail irrégulier qui consomment 61% plus d'alcool à risque que les travailleurs qui ont un horaire de travail régulier. Inversement, l'insécurité d'emploi réduit de 12% le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque, et les travailleurs bénéficiant d'un soutien social au travail courent 5% moins de risque de consommation d'alcool à risque. Pour ce qui est des médicaments psychotropes, nos analyses multiniveaux nous ont permises d'identifier deux variables des conditions de l'organisation du travail qui y sont associées de manière significative. Il s'agit de l'utilisation des compétences qui augmente de 8% le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes, alors que le nombre d'heures travaillées diminue de 1% ce risque.

En ce qui concerne les traits de personnalité, l'estime de soi augmente de 17% le risque de consommation d'alcool à risque, alors que le sentiment de cohésion diminue de 1% ce risque. L'estime de soi joue un rôle modérateur faible entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque, puisque celle-ci diminue de 3% l'effet pathogène des demandes physiques imposées sur les travailleurs sur leur consommation d'alcool à risque. Pour ce qui est des médicaments psychotropes, nos résultats indiquent que l'estime de soi diminue de 4% le risque de consommation de médicaments psychotropes, le centre de contrôle interne diminue de 9% ce risque, et le sentiment de cohésion quant à lui, diminue ce risque de 3%.

D'ailleurs, aucun trait de personnalité ne joue un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

Mots clés: Consommation d'alcool à risque, consommation de médicaments psychotropes, traits de personnalité, estime de soi, centre de contrôle interne, sentiment de cohésion, conditions de l'organisation du travail, population active canadienne.

Abstract

The main objective of this master's thesis is to determine the moderator effect of personality traits (self esteem, sense of cohesion, sense of control) on the relationship between work organization conditions, and risky alcohol consumption, as well as psychotropic medication consumption by Canadian workers.

In order to conduct our project, we relied on data that came from five cycles of the National Population Health Survey (NPHS). This survey was conducted at a two year interval, spanning from the year 1994 until 2003, and includes five longitudinal cycles.

The multilevel analysis we performed, allowed us to identify five work organization conditions that increase the risk of risky alcohol consumption. Skill utilisation increases by 7% the risk of being part of a risky alcohol consumption group, while psychological demands increase risky alcohol consumption by 69%, and workers confronted to an irregular work schedule consume 61% more risky alcohol. However, job insecurity decreases by 12% the risk of being part of a risky alcohol consumption group, and workers that enjoy social support at work have a 5% lesser risk of being part of a risky alcohol consumption group. As for psychotropic medications consumption, our multilevel analysis allowed us to identify two work organization conditions that are associated in a significant manner to the psychotropic medication consumption. Skill utilisation at work increases by 8% the risk of being part of a psychotropic medication consumption group, while the number of hours worked decreases by 1% the risk of being part of a psychotropic medication consumption group.

As for personality traits, our results indicate that self esteem increases by 17% the risk of risky alcohol consumption, while sense of cohesion decreases by 1% this risk. In addition, self esteem plays a moderator role by diminishing by 3% the pathologic impact of physical demands at work on risky alcohol consumption. Concerning psychotropic medications consumption, our results indicate that self esteem diminishes by 4% the risk of psychotropic medications consumption, sense of control diminishes by 9% the risk of psychotropic medications consumption, and sense of cohesion diminishes by 3% this risk. In addition, none of the personality traits plays a moderator role between work's organization's conditions and psychotropic medications consumption.

Key words: Risky alcohol consumption, psychotropic medications consumptions, personality traits, self esteem, sense of control, sense of cohesion, work organization conditions, active Canadian population.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1 : L’objet de recherche et l’état des connaissances.....	6
1.1 Objet de recherche	6
1.2 L’État des connaissances.....	7
1.2.1. Consommation d’alcool à risque et de médicaments psychotropes	7
1.2.2. Le rôle du travail.....	9
1.2.3-Les modèles dominants	10
1.2.4 Conditions de l’organisation du travail.....	14
1.2.4.1 Conception des tâches	14
1.2.4.1.2 Autorité décisionnelle	15
1.2.4.1.3 Utilisation des compétences	15
1.2.4.2 Demandes du travail	16
1.2.4.2.1 Demandes physiques	16
1.2.4.2.2 Demandes psychologiques	18
1.2.4.2.3 Demandes contractuelles	19
1.2.4.3 Relations sociales	21
1.2.4.4 Gratifications.....	24
1.2.5 Traits de personnalité.....	25
1.2.6 Caractéristiques sociodémographiques.....	28
1.3 Synthèse de l’état des connaissances.....	33
Chapitre 2-Problématique et modèle d’analyse	40
2.1La problématique de la recherche	40
2.2 Le modèle d’analyse.....	42
2.3 Hypothèses	47

Chapitre 3 : Méthodologie	49
3.1 Source de données.....	49
3.2 Les mesures.....	50
3.2.1 Les variables dépendantes	50
3.2.2 Les variables indépendantes.....	51
3.2.3 Les variables modératrices.....	52
3.2.4 Les variables contrôles	53
3.3 Les analyses.....	55
Chapitre4- Présentation des résultats.....	57
4.1 Résultats des analyses descriptives	57
4.2 Résultats des analyses bivariées.....	63
4.3. Résultats des analyses multiniveaux	68
Chapitre 5- Discussion.....	83
5.1 Synthèse de la démarche scientifique.....	85
5.2 Évaluation des hypothèses	86
5.3 Forces et limites de la recherche	94
5.4 Pistes de recherches et retombées	96
Conclusion	98
Bibliographie	101

Liste des tableaux

Tableau 1-Synthèse des facteurs liés aux conditions de l'organisation du travail, aux traits de personnalité et aux caractéristiques sociodémographiques.....	34
Tableau 2-Mesures des variables dépendantes	51
Tableau 3-Mesures des conditions de l'organisation du travail dans l'ENSP	51
Tableau 4-Mesures de la personnalité de l'employé dans l'ENSP	52
Tableau 5- Mesures des variables contrôles	53
Tableau 6-Statistiques descriptives des variables dépendantes, indépendantes, modératrices et contrôles.....	58
Tableau 7-Matrice de corrélations entre les variables pour la consommation d'alcool à risque et pour la consommation de médicaments psychotropes.....	64
Tableau 8-Résultats des analyses multiniveaux pour la consommation d'alcool à risque	71
Tableau 9- Résultats des analyses multiniveaux pour la consommation de médicaments psychotropes	76
Tableau 10- Rapport de cotes pour la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes	81

Liste des Figures

Figure 1 : Modèle conceptuel.....	53
-----------------------------------	----

Je dédie ce mémoire à ma mère qui est mon rocher, et à mon père à qui je ressemble tellement.

Remerciements

J'aimerais remercier mon directeur de thèse Mr. Alain Marchand, pour son encadrement, ses précieux conseils et pour sa motivation contagieuse. Travailler avec vous fut un vrai plaisir et j'ai énormément apprécié votre aide!

Je tiens aussi à remercier l'équipe de Recherche sur le Travail et la Santé Mentale (ERTSM) pour leur support et leur encouragement ainsi que pour la belle ambiance de travail dans laquelle j'ai pu travailler. J'aimerais également remercier Marie-Eve Blanc pour ses conseils et sa patience éternelle !

J'aimerais remercier Statistique Canada, ainsi que le centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales pour la base de données que vous avez mis à ma disposition, sans laquelle je n'aurais pas pu mener ma thèse à terme.

J'aimerais également remercier ma famille pour m'avoir toujours soutenue, encouragée et poussée à aller de l'avant et à faire de mon mieux.

Je tiens à remercier ma collègue Kathy Morency, pour son support et son aide. Ma maîtrise aurait été bien différente sans toi.

En dernier lieu, j'aimerais remercier les membres du jury, Philippe Barré et Stéphane Renaud pour leurs temps, patience et conseils très constructifs.

Introduction

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous attarderons à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez la main-d'œuvre canadienne. L'objectif principal sera d'examiner si les traits de personnalité jouent un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

Depuis les années 1970-1980, plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Toutefois, cette problématique demeure largement incomprise à cause de la multitude des facteurs qui interviennent dans cette relation et des complexités qui l'entourent.

De plus, vu que l'alcool est une substance facilement accessible et acceptée dans la société, celle-ci est souvent perçue comme un outil d'évasion, d'adaptation et de compensation par les travailleurs pour le stress vécu en milieu de travail (Cooper, Russel et George, 1988). De même, il semble que les travailleurs comptent sur leur consommation de médicaments psychotropes afin de résoudre leurs problèmes sociaux, professionnels, personnels et interpersonnels (Ngoudo-Mbongue et al., 2005).

Il s'avère essentiel de définir ici ce que l'on entend par la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Notons que la notion de consommation d'alcool à risque que nous retiendrons dans notre mémoire est celle fournie par le ministère de la santé et des services sociaux (1998), qui est la suivante:

« L'utilisation inappropriée de cette substance, c'est-à-dire un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique, social, donc une menace pour la santé, pour la sécurité et pour le bien-être des individus, de leur entourage et de leur collectivité » (Maranda et Morisette, 2002, p.82).

De plus, pour ce qui est de la dose d'alcool qui est référée comme étant une consommation d'alcool à risque, celle-ci est fixée par la fondation de recherche sur la toxicomanie et le centre canadien de lutte contre les toxicomanies à 14 verres standards par semaine pour les hommes, puisqu'une dose supérieure à cette quantité est associée à un risque plus élevé de morbidité et de

mortalité prématurée. Concernant les femmes, cette dose de consommation d'alcool est fixée à neuf verres et plus par semaine (Bondy et al., 1999).

Concernant la consommation de médicaments psychotropes, ces-derniers étant appelés « substances psycho actives », sont des drogues qui peuvent modifier ou altérer la pensée, les sensations ou le comportement d'une personne. Elles ont généralement aussi des effets physiques, mais ce qui les distingue des autres drogues est le fait qu'elles influent sur l'esprit et les sens. D'ailleurs, le terme « psychotrope » signifie littéralement qui agit, qui donne une direction (trope) à l'esprit ou au comportement (psycho) (Santé Canada, 2007, p.4). Il est essentiel de mentionner ici que les médicaments psychotropes sont en général prescrits par un médecin ou psychiatre pour des troubles physiques et/ou psychologiques (Cappeliez et al., 2000, p.181).

Il est également essentiel de mentionner qu'il n'existe pas de définition opérationnelle des médicaments psychotropes, puisque ces derniers comprennent une large liste de médicaments, qui sont repartis selon la classification Anatomique, Thérapeutique, Chimique (Classification ATC) recommandée par le WHO (Collaborating center for Drug Statistics Methodology, 2000). Dans cette classification, les médicaments sont repartis selon cinq niveaux différents: le niveau anatomique (c'est-à-dire le site d'action du médicament dans le corps humain); le second niveau est celui de l'usage thérapeutique du médicament, le troisième est celui de l'usage thérapeutique plus spécifique, le quatrième niveau désigne la classe chimique et le dernier niveau est la substance chimique simple (le médicament lui-même) (Moisan et al., 2000). Finalement, notons que l'on retrouve sous la catégorie médicaments psychotropes, les antidépresseurs et les tranquillisants, certains médicaments des classes analgésiques et antipyrétiques, des anticonvulsants, des anxiolytiques, des sédatifs et des hypnotiques

D'ailleurs, lorsque consommé en modération, l'alcool a des effets bénéfiques en réduisant les risques de maladies coronariennes et de mortalité prématurée (Bondy et al., 1999). Toutefois, une consommation d'alcool à risque entraîne aussi des répercussions négatives puisque des épisodes aigus de consommation d'alcool à risque causent des changements physiologiques en lien avec des maladies chroniques, tels que l'accroissement de la pression artérielle ainsi que des conséquences sur le pompage du cœur. De même, celle-ci est également associée à l'augmentation de la pression sanguine et à des risques accrus de troubles du rythme cardiaque et

d'accidents vasculaires cérébraux. Finalement, il est important de mentionner que la consommation d'alcool à risque a aussi des répercussions sur le bien-être social (la vie familiale, le travail, les problèmes juridiques et financiers) (Bondy et al., 1999).

Concernant le taux de consommation d'alcool à risque par la population active, des données nationales révèlent que durant une période d'un an, le taux de prévalence était de 73.6 % (sur un échantillon de 92.5 million de travailleurs) (Frone, 2006c).

Parallèlement, les médicaments psychotropes offrent également des bénéfices lorsqu'ils sont pris uniquement lorsque la personne en a besoin, à une dose ni trop forte ni trop faible, et sans subir de réaction indésirable aux médicaments ou d'interaction entre ces médicaments psychotropes et d'autres médicaments et aliments (Hepler et Strand, 1990). Notons que lorsque pris en bonne dose, les médicaments psychotropes permettent de traiter des symptômes de certaines maladies mentales, en plus de réduire ou d'éliminer la nécessité d'être traité dans un établissement de santé. Malheureusement, très souvent ceux-ci sont pris pour des fins non médicales et engendrent des effets indésirables tels qu'un haut niveau de névrosisme, un haut niveau d'hospitalisation pour traitements psychiatriques ainsi qu'un haut niveau de suicide (Moisan et al., 2000b).

Pour ce qui est du taux de consommation de médicaments psychotropes au Canada, Moisan et al. (2000b) ont avancé que sur une population de 7234 hommes et femmes âgés de 15 ans et plus qui travaillaient 30 heures ou plus par semaine depuis au moins un mois précédant leur enquête, 3.7 % ont été classifiés comme étant des consommateurs de psychotropes. Notons qu'un consommateur de psychotrope est une personne ayant signalé avoir consommé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois précédant l'enquête.

Malheureusement, cette problématique engendre des répercussions négatives pour les entreprises et pour la société en général. Parmi les problèmes retenus qui découlent de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, nous notons une réduction de la performance des tâches, des accidents et des blessures, des absences au travail, un haut niveau de roulement des employés, et des coûts de traitement de santé élevés (Ames et al., 1992; Grube et Moore, 1997; Frone, 2008). Ces conséquences réduisent la productivité de l'entreprise et en augmentent le coût des affaires, en plus de réduire la capacité des employeurs à compétitionner efficacement dans un environnement économique extrêmement compétitif (Frone, 2003).

D'ailleurs, ce qui semble amplifier le problème est le fait que la consommation d'alcool fait partie intégrante de la société, puisqu'en 2004-2005, les canadiens ont dépensé \$ 638,60 pour l'achat d'alcool, ce qui représente \$ 15 de plus que l'année précédente (Santé Canada, 2006). De même, l'utilisation de médicaments psychotropes occupe une place importante dans le système médical puisqu'au cours des dix dernières années, les dépenses en médicaments ont augmenté dans une plus grande proportion que l'ensemble des dépenses de la santé (Moisan et al., 2000).

Ainsi, on évalue les coûts annuels en termes de perte de productivité et de problèmes de santé dus à l'alcool à environ 177 milliards de dollars. (Edwards et al., 1994; Miller et Hendrie, 2005). Ces coûts soulignent des maux sociaux sur lesquels il s'avère important de s'y attarder afin d'identifier ses déterminants.

À l'heure actuelle, le travail occupe une place très importante chez les individus parce que c'est une source de cohésion, d'intégration sociale et d'épanouissement, en plus d'offrir des opportunités de maturation, de développement et de participation à des réseaux sociaux (Siegriest et al., 2004). Toutefois, celui-ci pourrait aussi être une source d'insécurité et de problèmes mentaux et physiques, surtout avec les récentes mises à pied massives, l'accroissement de la compétition et les changements technologiques. Tous ces facteurs font que plus de flexibilité et de productivité, ainsi que des rendements plus élevés sont exigés des employés. En conséquence, les employés sont plus stressés et chercheront donc des moyens de réduire leur stress, ce qui pourrait donc se manifester par une consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2003 a, b; Moisan et al., 2000; Cohidon et al., 2005).

Compte tenu de la place importante que le travail occupe dans la vie des individus et des coûts et conséquences énormes qu'il engendre, cette problématique mérite de s'y attarder afin de mieux cibler les politiques de prévention et d'intervention en milieu organisationnel. D'où le but de ce mémoire qui vise à examiner plus précisément si les traits de personnalité jouent un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez la main d'œuvre canadienne. Notons que plusieurs études se sont penchées sur le lien entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les employés. Mais rares sont celles qui

utilisent un modèle élargi, prenant en compte les traits de personnalité dans la modération de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez la main-d'œuvre canadienne. De plus, la plupart des études sont de nature transversale et se basent sur des professions particulières, ce qui limite le pouvoir de généralisation à la population en général. Ainsi, vu l'état des connaissances actuelles en ce qui a trait à ces deux problèmes de santé, il serait intéressant et surtout utile de nous poser la question suivante: les traits de personnalité sont-ils un facteur modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes ?

Notre mémoire comportera cinq chapitres. Le premier chapitre présentera l'objet de recherche, en plus de faire une revue des connaissances sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Le deuxième chapitre portera sur la problématique de la recherche ainsi que le modèle d'analyse et les hypothèses qui en découlent. Le troisième chapitre se consacrera à la méthodologie utilisée, c'est-à-dire la source de nos données, les mesures utilisées, ainsi que les analyses. Quant au quatrième chapitre, celui-ci portera sur la présentation de nos résultats (analyses descriptives, analyses bivariées ainsi que nos analyses multiniveaux). En dernier lieu, le cinquième chapitre se consacrera à la discussion et à l'interprétation des résultats présentés au chapitre quatre.

Chapitre 1 : L'objet de recherche et l'état des connaissances

1.1 Objet de recherche

Tel que mentionné dans notre introduction, il est important de se pencher sur le problème de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, à cause de son importance économique, mais aussi humaine. La question à laquelle notre mémoire cherche à répondre est la suivante :

- Est-ce que les traits de personnalité sont un facteur modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens ?

Cette question est très importante dans le domaine des relations industrielles, mais aussi en économie, psychologie et en médecine, vu l'énorme fardeau monétaire, physique et psychologique qu'elle occasionne au niveau des travailleurs, des entreprises ainsi qu'au niveau de la société tout entière. Si nos résultats confirment effectivement le rôle modérateur des traits de personnalité, les politiques et stratégies d'intervention et de réhabilitation pourraient possiblement, et dépendamment de la force de la modulation, être réorientées pour se concentrer sur l'individu et la perception qu'il se fait des conditions de l'organisation du travail ainsi que ses capacités d'adaptation face à certaines conditions de l'organisation du travail. De plus, une meilleure compréhension du rôle des conditions de l'organisation du travail et du rôle des personnalités en tant que modérateurs de cette relation permettra une meilleure prise en charge de ce problème.

En somme, si les traits de personnalité s'associent aux risques de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, notre recherche pourrait s'avérer être fort intéressante et pertinente afin de faire avancer les connaissances dans ce domaine et afin de permettre de mieux cibler les programmes d'intervention et de prévention.

La prochaine section présentera les définitions de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes que nous retiendrons dans notre mémoire.

1.2 L'État des connaissances

1.2.1. Consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes

Il est important de mentionner que le sujet de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes revêt une difficulté à cause de la prolifération des définitions de la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes qu'on retrouve dans la littérature.

Ainsi, certaines études définissent la consommation d'alcool comme étant une fonction d'un certain nombre de verres d'alcool par jour alors que d'autres mesurent la fréquence de consommation d'alcool par semaine, d'autres études utilisent aussi d'autres mesures. De plus, certaines se basent sur la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes sur les lieux de travail, alors que d'autres mesurent la consommation de ces substances hors du milieu de travail. Finalement, le terme médicaments psychotropes est aussi vague à cause de la grande variété de médicaments qu'on retrouve sous cette catégorie.

Notons qu'en 1993, la fondation de recherche sur la toxicomanie et le centre canadien de lutte contre les toxicomanies ont publié une déclaration commune sur la consommation d'alcool à faible risque qui a pour but de définir un niveau habituel et de l'évolution de la consommation d'alcool qui ne sont pas associés à un risque accru de problèmes liés à l'alcool pour la plupart des adultes en bonne santé. Il convient de mentionner ici que les problèmes de santé associés à une dose élevée d'alcool comprennent des maladies du pancréas, du foie et du système nerveux, ainsi que certains cancers (du système respiratoire, du système digestif et du sein) (Bondy et al., 1999).

Par ailleurs, les hommes qui consomment de l'alcool jusqu'à 14 verres standards par semaine sont à plus faible risque de maladies coronariennes et de mort prématurée en comparaison aux hommes qui ne boivent pas. Alors que de plus grandes quantités sont associées à un risque accru de mortalité. De même, les femmes qui consomment neuf verres ou moins par semaine courent un risque plus faible de mort prématurée comparativement à celles qui ne boivent pas. D'ailleurs, ce risque augmente avec 10 verres et plus par semaine (Bondy et al., 1999).

Il est intéressant d'ouvrir une parenthèse ici, afin d'établir une comparaison entre la consommation d'alcool à faible risque au Canada et la consommation d'alcool à faible risque

dans d'autres pays. Il est intéressant de noter que les recommandations de consommation d'alcool à faible risque reflètent des différences entre les différents pays. Puisque certains pays offrent des recommandations de consommation d'alcool qui diffèrent selon le genre, alors que d'autres pays ne le font pas. Ceci nous amène donc à spéculer que ces différences ne reflètent pas uniquement des différentes perceptions de l'alcool, mais aussi des différences de perceptions du rôle du genre. D'ailleurs, une autre manifestation de l'influence culturelle sur la consommation d'alcool, peut être constatée par les différentes recommandations préconisées dans différents pays, et qui sont basées sur des consommations de certaines boissons spécifiques. Ainsi, le consulat national de la nutrition portugais base ses recommandations et définitions de la consommation d'alcool à faible risque sur une unité standard de verre de vin, ce qui reflète la tradition du pays comme étant une société de consommation de vin. Alors qu'en Roumanie, le ministère de la santé offre des recommandations de consommation d'alcool différentes selon que ce soit un verre de bière ou de vin. Nous constatons ainsi qu'en Australie, les recommandations de consommation d'alcool à faible risque sont fixées à 28 verres par semaine pour les hommes, et à 14 verres par semaine pour les femmes. Alors qu'au Hong Kong, les recommandations sont fixées à 21 verres par semaine pour les hommes, et à 14 verres pour les femmes (International center for alcohol policies, 2003).

Il convient ici de définir ce que l'on entend par les médicaments psychotropes; ces derniers sont appelés « substances psycho actives », et sont des drogues qui peuvent modifier ou altérer la pensée, les sensations ou le comportement d'une personne. Elles ont généralement aussi des effets physiques, mais ce qui les distingue des autres drogues est le fait qu'elles influent sur l'esprit et les sens. D'ailleurs, le terme « psychotrope » signifie littéralement qui agit, qui donne une direction (trope) à l'esprit ou au comportement (psycho) (Santé Canada, 2007, p.4). Il est essentiel de mentionner ici que les médicaments psychotropes sont en général prescrits par un médecin ou psychiatre pour des troubles physiques et/ou psychologiques. (Cappeliez et al., 2000, p.181)

En terminant, notons qu'il n'existe pas de définition opérationnelle des médicaments psychotropes, puisque ces derniers comprennent une large liste de médicaments, qui sont répartis selon la classification Anatomique, Thérapeutique, Chimique (Classification ATC) recommandée par le WHO (Collaborating center for Drug Statistics Methodology, 2000). Dans

cette classification, les médicaments sont répartis selon cinq niveaux différents: le niveau anatomique (c'est-à-dire le site d'action du médicament dans le corps humain); le second niveau est celui de l'usage thérapeutique du médicament, le troisième est celui de l'usage thérapeutique plus spécifique, le quatrième niveau désigne la classe chimique et le dernier niveau est la substance chimique simple (le médicament lui-même) (Moisan et al., 2000). Finalement, notons que l'on retrouve sous la catégorie médicaments psychotropes, les antidépresseurs et les tranquillisants, certains médicaments des classes analgésiques et antipyrétiques, des anticonvulsants, des anxiolytiques, des sédatifs et des hypnotiques.

La prochaine section présentera les différents modèles théoriques qui ont tenté d'offrir une explication de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Notons que malgré le fait qu'il existe un grand nombre de modèles théoriques en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, nous présenterons uniquement les modèles les plus importants.

1.2.2. Le rôle du travail

Plusieurs études se penchées sur le rôle du travail en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. La majorité est basée sur l'hypothèse que certaines conditions de l'organisation du travail contribuent à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les travailleurs à cause du stress qui découle de ces conditions de travail.

Avant de poursuivre, il est essentiel de définir ici ce que l'on entend par le terme stress. Celui-ci est défini par Lazarus et Folkman (1984) comme résultant du déséquilibre entre les demandes de l'environnement et la capacité de l'individu à s'y adapter en fonction de ses ressources personnelles. De même, le stress est une conséquence inévitable de la condition humaine, toutefois c'est la capacité d'adaptation de chaque individu qui fait la différence en terme de conséquence face à ces stressseurs. Finalement, notons que le stressseur fait référence à la source du stress alors que la tension est la conséquence du stressseur (Lazarus, Folkman, 1984).

La section suivante présentera un portrait des modèles dominants en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.3-Les modèles dominants

Trois modèles théoriques ont été les plus utilisés dans le domaine de la santé mentale pour expliquer le stress résultant du travail. Le premier modèle est connu sous le nom de demande-contrôle au travail (Karasesk, 1979 a), selon lequel la latitude décisionnelle (un haut niveau d'utilisation des compétences et une faible autorité décisionnelle) joue un rôle modérateur entre les demandes au travail et le stress. Ainsi, les tensions mentales résultent de l'interaction entre les demandes psychologiques et la marge de manœuvre au travail. Ce modèle prédirait à la fois la consommation de médicaments psychotropes ainsi que l'absentéisme dû à des raisons médicales (karasesk, 1979a). De même, le stress s'est vu également associé à la consommation d'alcool à risque dans plusieurs études empiriques puisque c'est une substance facilement accessible, permettant de réduire les tensions dues au travail (Grunberg et al., 1998; Kouvonen et al., 2005).

Finalement, il est important de mentionner que ce modèle de stress au travail est le plus influent et le plus testé en lien avec le stress psychosocial au travail (Karasesk et Theorell, 1990). Notons que le stress psychosocial au travail est le stress résultant de facteurs psychologiques (les demandes, la latitude décisionnelle et la combinaison d'une forte demande et une faible latitude au travail imposée sur le travailleur) ainsi que des facteurs sociaux au travail (le soutien social au travail). D'ailleurs, celui-ci a obtenu un vaste soutien empirique pour la consommation d'alcool à risque (Crum et al., 1995 ; Tsutsumi et al., 2003; Van der Doef et Maes, 1998). Pour ce qui a trait à la consommation de médicaments psychotropes, celui-ci a aussi été confirmé pour la consommation de médicaments antidépresseurs chez les hommes (Virtanen et al., 2007) et pour les médicaments psychotropes chez les femmes (Karasek et Theorell., 1990).

Quant au modèle de demande-contrôle support (Karasesk et Theorell, 1990b), celui-ci avance que le manque de soutien social au travail exacerbe l'effet d'interaction entre la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques. Ainsi, ce modèle permet de tenir compte du soutien social en tant que modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la tension mentale. En d'autres termes, ce modèle prédit qu'un individu confronté à un niveau élevé de demandes au travail, sans avoir une grande latitude décisionnelle et sans soutien social non plus, aura une probabilité plus forte de souffrir de tensions mentales (stress) et par conséquent, de consommer de l'alcool à risque et/ou des médicaments psychotropes (Karasek,

1979). Une étude empirique menée par Hemmingsson et Lundberg (1988) qui s'est penchée sur la relation entre les demandes au travail, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail en ce qui a trait à la consommation d'alcool à risque l'a confirmé. Concernant la consommation de médicaments psychotropes, la majorité des études empiriques ont également confirmé sa capacité prédictive. Toutefois, l'effet d'interaction du soutien social entre les demandes psychologiques et une faible latitude décisionnelle n'a pas été démontré (Pelfrene et al., 2004; Moisan et al., 1999).

Dans la même lignée d'idées, notons qu'un autre modèle en lien avec le stress au travail, est connu sous le nom d'efforts-récompenses. Ce dernier postule que l'écart entre les demandes au travail et les récompenses récoltées génère des émotions négatives chez les travailleurs. Ainsi, ce modèle est basé sur l'hypothèse que les efforts au travail sont investis comme un contrat basé sur les normes de réciprocité sociale où les récompenses sont offertes en termes d'argent, d'estime, d'opportunités de carrières ainsi qu'en termes de sécurité au travail. La tension mentale (stress) résulte du fait que les relations sociales au travail ne fournissent pas toujours un échange symétrique où une équivalence complète qui est établie entre les efforts investis et les récompenses récoltées. Ainsi, dans le long terme, le manque d'équilibre entre beaucoup d'efforts et peu de récompenses au travail augmente la susceptibilité à la maladie due au stress (Siegrist et al., 2004). Pour ce qui est du soutien empirique de ce modèle en lien avec la consommation d'alcool à risque, une étude menée par Siegrist et al., (2004) a confirmé l'association des efforts-récompenses avec la dépendance à l'alcool chez les hommes (Siegrist et al., 2004). Toutefois, une étude menée par Kouvonen et al. (2005) n'a pas identifié d'association entre ce modèle et la consommation abusive d'alcool. Concernant les médicaments psychotropes, les études empiriques qui se sont penchées sur ce modèle ont aussi démontré son pouvoir prédictif avec la consommation de médicaments psychotropes (Godin et al., 2005; Harling et al., 2009).

En terminant, notons que les modèles de stress dû au travail (modèles de demande-contrôle et d'efforts-récompenses) n'expliquent pas entièrement la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les employés, puisqu'ils mettent tous l'emphase sur les facteurs liés au travail afin d'essayer d'expliquer le stress observé chez les individus et leurs consommations d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Cette emphase excessive sur les facteurs liés au travail néglige d'autres dimensions de la vie sociale afin de bien saisir les

tensions mentales imposées sur l'individu. C'est pour cela que le modèle multiniveaux a vu le jour (Marchand, 2004).

Selon le modèle multiniveaux, les individus font partie d'un contexte environnemental composé de structures avec lesquelles ils doivent interagir tous les jours. Notons que ce contexte environnemental comprend les structures sociales, politiques, économiques et culturelles spécifiques à une société donnée. La façon avec laquelle les individus interagissent avec les différentes structures pourrait être à la fois une source de frustration et d'inégalité qui pourrait nuire à leur santé mentale. De même, il est impératif de bien faire la distinction entre les contraintes et les ressources puisque les contraintes physiques, psychologiques et contractuelles sont des facteurs stressants qui nuisent à la capacité d'adaptation de l'individu face au stress, alors que les ressources fournissent une protection plus ou moins efficace contre ces stressseurs.

Par ailleurs, selon ce modèle, les contraintes-ressources interagissent à trois niveaux de la vie sociale: 1-les structures macro-sociales, 2-les structures de la vie courante ainsi 3-qu'au niveau de la personnalité des agents. Les structures macro-sociales se réfèrent aux arrangements sociaux en lien avec les systèmes économiques, sociaux et politiques, et c'est à ce niveau que les professions sont situées. Alors que les structures de la vie courante se réfèrent à des arrangements intermédiaires entre les individus et les structures macro-sociales et incluent quatre paramètres des conditions de l'organisation du travail: la conception des tâches, les demandes du travail, les relations sociales et les gratifications. Ainsi, les contraintes psychologiques augmentent avec l'accroissement des contraintes par rapport aux ressources. Finalement, le dernier niveau comprend la personnalité de l'individu qui fait référence à sa rationalité, sa représentation de son environnement social ainsi que son âge, son sexe et les événements stressants de son enfance.

En dernier lieu, concernant la validité de ce modèle, notons que la littérature est moins abondante à ce sujet, ce qui est peut être dû au fait qu'il est toujours récent. Toutefois, une étude empirique menée par Marchand (2008) a appuyé sa validité pour la consommation d'alcool à risque.

Dans les prochaines sections, nous allons présenter quelques études empiriques qui portent sur des conditions de l'organisation du travail en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Nous allons notamment mettre l'accent sur quatre dimensions de

l'organisation de travail qui ont été identifiées par Marchand (2004). Ces quatre dimensions sont les suivantes : la conception des tâches (latitude décisionnelle, utilisation des compétences), les demandes du travail (demandes contractuelles, physiques et psychologiques), les relations sociales au travail (entre collègues et supérieurs), et les gratifications (monétaires, sécurité d'emploi).

1.2.4 Conditions de l'organisation du travail

Tout d'abord, il est essentiel de définir ce que l'on entend par les conditions de l'organisation du travail, puisque cette notion pourrait être comprise différemment selon les études. Pour les fins de ce mémoire, les conditions de l'organisation du travail se réfèrent à quatre dimensions au sein de l'organisation du travail, notamment la conception des tâches (latitude décisionnelle, l'utilisation des compétences), les demandes imposées sur le travailleur dans le cadre de son travail (demandes contractuelles, physiques et psychologiques), les relations sociales au travail (entre collègues et supérieurs), ainsi que les gratifications (monétaires, sécurité d'emploi, reconnaissance, perspective de carrière, etc.) (Marchand et al, 2005). Notons que l'hypothèse à la base de ces quatre dimensions est le fait que différents individus réagissent différemment aux conditions de l'organisation du travail auxquelles ils sont confrontés, en étant soit plus, ou moins stressé, et donc par conséquent consommeront plus, ou moins d'alcool à risque et/ ou des médicaments psychotropes afin de mieux supporter ce stress. D'ailleurs, il est essentiel de bien identifier les différentes composantes des conditions de l'organisation du travail puisqu'un milieu de travail apporte avec lui différentes conditions de l'organisation du travail qui devraient être clairement définies et distinguées.

1.2.4.1 Conception des tâches

On entend par la conception des tâches, la manière dont celles-ci sont organisées et à quel point elles permettent au travailleur d'utiliser ses compétences et le contrôle qu'il a sur son emploi (Karasek, 1979). Notons que différentes tâches dans une même profession peuvent être structurées différemment selon les entreprises. Ainsi, la tâche peut être répétitive, ou sinon permettre au travailleur d'utiliser ses compétences. De même, celle-ci pourrait ne pas permettre au travailleur d'avoir un certain niveau de contrôle sur sa tâche, ou lui permettre d'en avoir, ce qui est référé par Karasek comme étant la latitude décisionnelle. Cette dernière réfère à la possibilité offerte à l'employé de prendre des décisions en lien avec son travail et lui permettre d'influencer son groupe de travail et les politiques de son entreprise (Mausner-Dorsch et Eaton, 2000). Ainsi, la latitude décisionnelle comprend deux dimensions qui sont l'autorité décisionnelle et l'utilisation des compétences susceptibles d'affecter la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les employés.

1.2.4.1.2 Autorité décisionnelle

L'autorité décisionnelle se réfère au degré de contrôle que l'individu possède dans le cadre de son travail en termes d'organisation de ses tâches, du processus pour les accomplir, ainsi que de la possibilité de participer au processus organisationnel de prise de décisions. Cette notion représente donc un aspect important de la notion plus large de contrôle (Head, Stansfeld, Siegriest, 2004, Liu et al., 2005).

Plusieurs études font état de la relation significative entre une faible autorité décisionnelle et la consommation d'alcool à risque chez des travailleurs (Head, Stansfeld, Siegriest, 2004; Wiesner et al., 2005; Hemmingsson et Lundberg 1998; Crum et al, 1995; Parker et Brody, 1982). De même, une étude menée par Tsutsumi et al. (2003) a souligné qu'un faible contrôle sur la tâche serait lié à une consommation d'alcool élevée (trois verres et plus) chez des travailleurs ruraux japonais.

Pour ce qui est de la consommation de médicaments psychotropes, il semblerait aussi que les travailleurs ayant une faible autorité décisionnelle dans le cadre de leur travail consommeraient des médicaments psychotropes (Karasesk, 1979, 1990; Storr, et al., 2000; Moisan et al., 2000). De plus, dans une étude menée par Moisan et al. (1999), les auteurs ont identifié qu'une faible autorité décisionnelle serait positivement et significativement associée à l'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs col blanc.

En somme, nous pouvons faire ressortir un courant majoritaire d'études empiriques qui vont toutes dans le même sens pour confirmer l'influence du manque d'autorité décisionnelle sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.4.1.3 Utilisation des compétences

Cette notion se réfère à la propension d'utilisation des compétences par l'individu dans le cadre de ses tâches au travail. Un travail répétitif fait perdre à l'individu la possibilité de relever des défis intellectuels (Karasek, 1979). Ainsi, un travail passif est défini comme étant une réduction des activités globales, ainsi qu'une réduction de la résolution de problèmes (Maier et Seligman, 1979, tel que cité dans Karasesk, 1979).

Quelques études se sont penchées sur cet aspect des conditions de l'organisation du travail et ont démontré son association positive avec une consommation d'alcool à risque. Ainsi, un travail qui

ne permet pas à un individu de développer ses compétences et d'en acquérir de nouvelles serait associé à la consommation d'alcool à risque (Yang et al., 2001; Wisner et al., 2005; Ames et Janes, 1992; Maranda, 1991).

Concernant la consommation de médicaments psychotropes, le travail répétitif s'est vu également positivement associé à une plus grande consommation de médicaments psychotropes chez les opérateurs qui font du travail répétitif comparés à ceux qui n'en font pas (Vinet et al., 1989).

Ainsi, nous pouvons en faire ressortir un courant majoritaire d'études empiriques qui suggèrent qu'une faible utilisation des compétences en milieu de travail contribuerait à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.4.2 Demandes du travail

On entend par les demandes du travail, les obligations imposées par le travail en termes de charges physiques, psychologiques ou contractuelles. Puisque celles-ci pourraient être une source de stress qui pourrait éventuellement se traduire en une consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.4.2.1 Demandes physiques

Celles-ci se réfèrent à tous les risques en milieu de travail qui pourraient avoir une influence négative sur la santé des individus. Il est toutefois important de noter que peu d'études se sont penchées sur cet aspect des conditions de l'organisation du travail puisque la majorité d'entre-elles se sont concentrées sur les demandes psychologiques (San José et al., 2000).

Il est important de mentionner que des conditions de l'organisation du travail physiquement difficiles entraînent une fatigue physique qui pousserait les employés à consommer de l'alcool afin de mieux supporter ce stress. Ainsi, travailler sous des températures élevées entraîne un stress thermique et une déshydratation du corps qui pousserait les employés à consommer du liquide tel que l'alcool. (Maranda, 1991).

« Il fait chaud, le travail est dur, et on fait tout ce qu'il faut pour avoir vraiment chaud, parce que cela prouve à quel point on travaille fort et qu'on a maintenant droit à une récompense » (Maranda, 1991 p.63).

Ainsi, des emplois dangereux, bruyants et salissants seraient associés significativement à une plus grande moyenne de consommation d'alcool quotidienne chez les hommes (Roxburg, 1998).

De même, une étude menée par San José et al. (2000a) a voulu vérifier s'il y avait une association entre les conditions de l'organisation de travail en ce qui a trait à des conditions physiques de travail dangereuses et la consommation d'alcool. Notons que les conditions physiques de travail dangereuses ont été mesurées à l'aide de six dimensions comprenant le bruit dans l'environnement, si le travail est demandant physiquement, si le travail est salissant physiquement, si les employés doivent travailler pour une longue période de temps dans la même position, si plusieurs odeurs néfastes sont senties au travail et s'ils font du travail dangereux de temps en temps. Les résultats ont démontré que les répondants qui ont signalé des conditions de travail dangereuses, avaient la même probabilité de ne pas boire que d'être des consommateurs d'alcool. Toutefois, il est important de noter que parmi ceux qui consommaient de l'alcool, les hommes et les femmes qui avaient signalé des conditions physiques de travail dangereuses, avaient une plus grande probabilité d'être des grands consommateurs d'alcool que d'être des consommateurs d'alcool en quantité modérée et de signaler des abus d'alcool (les hommes seulement). De même, ceux qui avaient signalé un niveau élevé de demandes au travail, avaient une probabilité plus élevée d'être des grands consommateurs d'alcool que d'en consommer avec modération. Ainsi, les auteurs arrivèrent à la conclusion que des conditions de l'organisation du travail stressantes telles que des conditions de travail dangereuses seraient associées à des niveaux élevés de consommation d'alcool chez ceux qui consommaient déjà de l'alcool (hommes et femmes).

Pour ce qui est des médicaments psychotropes, les études qui se sont penchées sur son association avec les demandes physiques au travail se font plus rares. Toutefois, des conditions de l'organisation du travail qui exposent le travailleur à du bruit, ou qui exigent de la surcharge physique ne seraient pas associées à la consommation de médicaments psychotropes (Jacquinet-Salord et al., 1993).

Ainsi, nous pouvons conclure que des demandes physiques au travail seraient associées à la consommation d'alcool à risque, mais pas à la consommation de médicaments psychotropes.

1.2.4.2.2 Demandes psychologiques

Mentionnons que les demandes psychologiques sont la facette des conditions de l'organisation du travail sur laquelle la littérature s'est penchée le plus longtemps. De même, il est important de mentionner qu'il existe une multitude de conceptualisations de ce concept dans la littérature, puisque certains auteurs le mesurent en terme de rythme de travail, d'autres en terme de quantité de travail et d'autres encore en terme de contraintes de temps (De Jonge et al., 1999; Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990).

Ainsi, plusieurs études ont démontré que la présence de stressseurs au travail serait positivement associée à la consommation d'alcool à risque. Les employés qui sont exposés à des emplois à fortes demandes psychologiques, consommeraient de l'alcool plus fréquemment (San José et al., 2000b) et une grande charge de travail serait positivement liée à la consommation excessive d'alcool chez les hommes (Wiesner et al., 2005).

Par ailleurs, la pression de temps serait positivement liée à une plus grande consommation d'alcool et à l'abus d'alcool chez les femmes (Parker et Farmer, 1988), les demandes au travail et l'ambiguïté des rôles seraient aussi positivement liés à la consommation excessive d'alcool chez les employés qui ont signalé que leur rôle au travail était psychologiquement important pour leur identité personnelle (Frone et al., 1994).

Toutefois, une étude récente menée par Frone (2008) s'est penchée sur la relation entre les stressseurs au travail et les mesures globales de consommation d'alcool (c.-à-d. consommation d'alcool en milieu de travail et hors du travail). Cette étude n'a pas identifié de relation entre les stressseurs au travail et la consommation globale d'alcool. Toutefois, celle-ci soutient la notion de consommation d'alcool avant le travail, durant la journée de travail et après le travail. Il serait ainsi essentiel de prendre en considération le facteur temporel pour mieux comprendre la relation entre le stress et la consommation d'alcool. Selon ces chercheurs, il faudrait mesurer la consommation d'alcool dans des contextes hors du milieu du travail, comme par exemple durant les journées de congé et qui donc par ce fait, pourraient refléter la consommation d'alcool pour des raisons qui ne sont pas en lien avec le stress au travail tel que le stress lié à des problèmes familiaux. Ainsi, le fait de négliger le facteur temporel dans la mesure de la consommation d'alcool des employés pourrait influencer cette relation, d'où la nécessité de mesurer la consommation d'alcool uniquement à des moments avant, durant ou immédiatement après une

journée de travail, afin de s'assurer que celle-ci est due uniquement à des facteurs en lien avec le travail.

Pour ce qui est de la consommation de médicaments psychotropes, quelques études ont démontré une association positive entre les demandes psychologiques au travail et la consommation de médicaments psychotropes (Houdoyer et al., 2008; Mc Donough, 2000). De plus, la pression de temps due à une surcharge de travail serait positivement associée à la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs (Harling et al., 2009; Traweger et al., 2000) ainsi que chez les femmes qui travaillent dans un hôpital (Estry-Behar, 1990).

En terminant, notons que l'ambiguïté des rôles au travail s'est vu également associée au nombre de médicaments psychotropes consommés (Bancarel et al, 1988; Leppanen et Olkinuora, 1987). Ce résultat a aussi été confirmé pour les femmes dans une étude menée par Lapeyre-Mesyre et al., (1999).

En somme, le courant majoritaire suggère que les demandes psychologiques au travail contribuent à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.4.2.3 Demandes contractuelles

Cette notion se réfère à l'horaire de travail et au nombre d'heures travaillées qui sont imposés par un contrat de travail et qui pourraient être une source potentielle de stress (Marchand et al., 2005).

Le nombre d'heures de travail en lien avec la consommation d'alcool à risque par les travailleurs a été abordé par plusieurs auteurs qui ont identifié une association positive entre ces deux facteurs (Ames et al, 2000; Mensch et Kandel, 1988; Parker et Farmer, 1988; Seaman, 1981; Maranda, 2002, 1991).

Les horaires non standards (irréguliers ou flexibles), se sont vus également positivement associés à la consommation d'alcool (Frone, 2006; Maranda, 2002). Celle-ci serait moins élevée pour les travailleurs de jour alors que les travailleurs rotatifs souffriraient de plus de problèmes de consommation d'alcool (Gordon et al., 1986; Smart, 1979).

Inversement, une étude menée par Kawakami (1993) a identifié que la fréquence de consommation d'alcool par les hommes qui travaillent selon des horaires rotatifs était significativement moins élevée que celle des travailleurs de jour. Ce résultat a été expliqué par le fait qu'après des horaires de nuit, le nombre d'endroits pour consommer de l'alcool en dehors de la maison devient limité.

Concernant la consommation de médicaments psychotropes et les heures de travail, notons que l'étude menée par Harling (2009) mentionnée précédemment a souligné que le stress ressenti par les vétérinaires augmenterait avec le nombre d'heures de travail par semaine, ce qui expliquerait leurs consommations de médicaments psychotropes. Il est important de mentionner que les vétérinaires travaillent en moyenne 47.9 heures par semaine, ce qui est (bien) plus élevé que la moyenne des personnes qui travaillent à temps plein en Allemagne.

Inversement, une étude menée par Marchand et al., (2006) a souligné que le nombre d'heures travaillées diminuerait légèrement le risque de consommation de médicaments psychotropes.

Pour ce qui est de l'horaire de travail, celui-ci a été identifié comme étant la source majeure de stress chez les infirmières et les auxiliaires dans une étude menée par Estry-Bahar (1990) et expliquerait donc leur consommation de médicaments psychotropes. Notons que les auxiliaires, les aides infirmières et les travailleurs de nuit dans leur échantillon souffraient plus fréquemment de troubles du sommeil que les autres employés de l'hôpital et consommaient donc plus de somnifères. De même, les emplois temporaires financés par le gouvernement seraient associés à une plus grande consommation de médicaments antidépresseurs par les femmes, comparées à ceux qui sont employés d'une manière permanente (Virtanen et al., 2008). Alors que chez les hommes, l'association entre l'emploi temporaire financé par le gouvernement et la consommation d'antidépresseurs était plus forte chez les occupations de plus bas grade hiérarchique. Ainsi, les résultats suggèrent que la consommation d'antidépresseurs serait plus prononcée lorsque l'emploi temporaire est instable (Virtanen, 2008). Finalement, une étude menée par Vinet et al., (1989) s'est penchée sur l'industrie du textile et a souligné que les opérateurs qui sont payés à la pièce consommeraient plus de médicaments psychotropes pour les maux d'estomac que ceux qui sont payés à l'heure.

Ainsi, nous pouvons en conclure que les demandes contractuelles au travail seraient positivement associées à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.4.3 Relations sociales

On entend par les relations sociales, les relations des employés avec leurs collègues et leurs superviseurs qui peuvent soit forger un climat de solidarité, ou sinon résulter en un climat organisationnel miné par des mauvaises relations qui pousseraient les employés à consommer de l'alcool et/ou des médicaments psychotropes afin de mieux supporter cette mauvaise atmosphère au travail (Ames et Janes, 1992).

Un faible soutien social au travail serait positivement associé à l'abus d'alcool (Mc Donough, 2000; Neale, 1993; Marchand et al., 2006) ainsi qu'à la consommation problématique d'alcool (Ames et Janes, 1992).

Inversement, une étude menée par San José et al. (2000) n'a pas trouvé de support pour l'hypothèse selon laquelle en l'absence de soutien social au travail, les gens seraient exposés à un risque direct de consommation d'alcool problématique. Par contre, dans les organisations où les normes de consommation d'alcool sont perçues comme étant permissives, de telles régulations pourraient générer l'effet contraire, en poussant les employés à boire plus par rébellion. Toutefois, il est pertinent de mentionner une limite importante de cette étude, qui est le fait que l'échantillon est basé sur des employés syndiqués, ce qui remet en cause la validité externe de l'étude. Ceci est attribuable au fait que les employés syndiqués pourraient faire face à des conditions de l'organisation du travail différentes que des employés qui ne sont pas syndiqués, d'où l'impossibilité de généraliser les résultats obtenus. De même, plusieurs autres études n'ont pas identifié de lien non plus entre la consommation abusive d'alcool, la cohésion sociale et la consommation sociale d'alcool entre amis (Clarke et al., 1990; Hingson et al., 1981; Loughlin et al., 1990). Finalement, notons que l'incohérence des résultats pourrait être due aux différentes méthodes de mesures utilisées ainsi qu'aux différents outils de collecte d'informations.

Un autre facteur qui mérite une attention particulière est celui de la culture organisationnelle. On entend par ça, les normes de conduite, les valeurs et les attentes au travail en lien avec la consommation d'alcool et de psychotropes. Ainsi, ces normes et valeurs découlent des relations sociales entre les employés au sein d'une même organisation. Selon une étude menée par Yang et al., (2001) la culture organisationnelle est définie comme étant la règle non officielle dominante dans un milieu organisationnel concernant les comportements de consommation d'alcool des employés au sein de la compagnie. Ceci peut être interprété par la fréquence des réceptions

données par la compagnie et où de l'alcool est servi, la consommation entre collègues lorsqu'ils dînent ensemble et en divertissant les clients au diner et au déjeuner, etc. D'ailleurs, l'échelle de Likert a été utilisée afin de calculer un score qui mesure à quel point la culture organisationnelle encourage la consommation d'alcool des employés. Ainsi, plus ce score est élevé, plus la culture organisationnelle encourage la consommation d'alcool par ses employés. Inversement, un score peu élevé indique que la culture organisationnelle n'encourage pas la consommation d'alcool par ses employés. Ainsi, selon cette étude, une culture organisationnelle de consommation d'alcool serait positivement associée à un plus grand volume de consommation d'alcool par les travailleurs, ainsi qu'à une fréquence plus élevée de problèmes en lien avec la consommation d'alcool. De même, celle-ci rapporte une relation positive et significative entre une culture organisationnelle qui encourage la consommation d'alcool et la consommation d'alcool par les employés, ainsi que la probabilité de souffrir de problèmes liés à l'alcoolisme.

Dans un même ordre d'idées, notons que plusieurs d'études ont examiné le lien entre la culture organisationnelle et la consommation d'alcool à risque. Ainsi, une étude menée par Ames et Janes (1992) a mis en évidence l'existence d'une culture de consommation d'alcool qui se réfère à des groupes qui se forment naturellement, et qui partagent un ensemble d'attentes concernant la consommation d'alcool au travail (Ames et Janes, 1992, p.117). Il semblerait que dans certains milieux organisationnels, la consommation d'alcool est perçue comme étant un signe de solidarité et d'appartenance au groupe au lieu d'être perçue comme étant pathologique. (Cospers, 1979 tel que cité dans Ames et Janes, 1992). Ainsi, la consommation individuelle d'alcool serait influencée par l'interprétation des normes de consommation d'alcool, de comportements et de rationalisation exprimées par les collègues de travail (Bacharach et al., 2002; Donald, Wells et Wild, 1999; Maranda, 1991).

Dans la même veine, la consommation abusive d'alcool serait prédite par un style de camaraderie de consommation d'alcool, particulièrement quand le répondant égalise ou excède les normes de consommation d'alcool de son groupe d'amis. (Seeman, Semman et Budros, 1988), ainsi que le degré avec lequel un individu percevrait ses collègues comme ayant une attitude permissive envers la consommation d'alcool (Ames et al., 2000). De plus, la présence en milieu de travail serait liée à la consommation globale d'alcool (au travail et hors du travail) ainsi qu'à la consommation d'alcool au travail (Frone, 2003; Maranda, 1991).

Parallèlement, une étude menée par Barrientos-Gutierrez T et al., (2007), avance de sa part qu'une culture organisationnelle qui n'encourage pas la consommation d'alcool au travail aiderait à diminuer la consommation d'alcool par les employés au sein de l'entreprise. Ainsi, selon cette étude, les participants qui travaillent dans des organisations dont les normes organisationnelles n'encouragent pas la consommation d'alcool, seraient 45 % moins à risque d'être des grands consommateurs d'alcool, 54 % moins à risque d'être des consommateurs fréquents d'alcool, et 69 % moins à risque de consommer de l'alcool au travail. Notons que selon cette étude, les consommateurs fréquents d'alcool sont ceux qui consomment de la bière, du vin ou de la liqueur durant cinq jours ou plus dans la même semaine. Les grands consommateurs d'alcool quant à eux, sont ceux qui ont consommé cinq verres ou plus durant la même journée, durant le mois précédant pour les hommes, et quatre verres ou plus pour les femmes.

Il est important de mentionner ici que dans des pays comme Taiwan, la consommation d'alcool est un facteur majeur des relations sociales et la base sur laquelle repose le principe de réciprocité. Ainsi, lorsqu'une personne offre un verre à une autre personne, celle-ci devrait boire puisqu'un refus serait interprété comme de l'impolitesse et un manque de respect. De plus, selon une étude menée par Sorensen et al. (1986), chaque milieu de travail pourrait être perçu comme étant une communauté séparée ayant sa propre culture et ses propres standards sociaux et donc en déterminant les normes des comportements individuels, cette communauté exerce une influence importante sur les comportements de chaque individu dans le milieu de travail. D'ailleurs, dans ce genre de culture, l'alcool aurait une reconnaissance sociale et serait perçu comme un lien unissant les travailleurs (Maranda, 1991). D'où l'importance de considérer différents moyens de changer la culture organisationnelle lors de la formulation de stratégies pour traiter et prévenir les problèmes de consommation d'alcool.

En dernier lieu, concernant la consommation de médicaments psychotropes, les études qui ont examiné son association avec les relations sociales sont rares. Toutefois, une mauvaise atmosphère au travail a été identifiée par plusieurs études comme étant positivement associée à la consommation de médicaments psychotropes. (Appleberg et al., 1993; Belin et Monstactruc, 1990; Traweger et al., 2000), et un faible soutien social au travail serait un facteur de risque pour les déséquilibres mentaux traités à l'aide de médicaments antidépresseurs (Sinokki et al, 2008).

D'ailleurs, ce résultat a aussi été répliqué pour un faible capital social qui diminue le soutien social des employés au travail (Kouvonen, 2008).

En somme, on peut constater un courant majoritaire qui affirme que les relations sociales au travail influent la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.4.4 Gratifications

Cette notion se réfère à tout genre de récompenses variant entre des récompenses monétaires, de valorisation, des perspectives de carrières ou même en terme de sécurité d'emploi (Marchand, 2004).

L'association entre de faibles gratifications et la consommation d'alcool à risque a fait l'objet de plusieurs études empiriques. Ainsi, de faibles gratifications seraient associées à l'abus d'alcool (Kouvonen et al., 2005; Maranda, 1991) et de faibles récompenses extrinsèques (la rémunération et les promotions) seraient associées à la consommation d'alcool chez les femmes (House et al., 1986). De même, les emplois exigeant beaucoup d'efforts, mais ne procurant pas en contrepartie des gratifications seraient positivement associés à une dépendance à l'alcool chez les hommes (Head et al., 2004). Dans la même veine, un faible niveau de récompenses serait associé à une tendance plus élevée de consommation élevée d'alcool chez ceux de niveaux hiérarchiques plus bas et chez ceux qui font du travail non manuel et dans la catégorie d'âge de 35 à 50 ans. Alors que beaucoup d'efforts et peu de récompenses seraient associés à une tendance plus faible de consommation d'alcool chez les femmes de haut niveau qui font du travail non manuel (Kouvonen et al., 2005). Ainsi, l'insécurité d'emploi semblerait réduire le risque d'abus d'alcool (Marchand et al., 2006).

Concernant la consommation de médicaments psychotropes, quelques études n'ont pas identifié d'association entre l'usage de médicaments psychotropes et le manque de satisfaction au travail (Guibb, 1983; Spyckerelle et al., 1987).

Toutefois, l'insécurité d'emploi, semblerait être positivement associée à la consommation de médicaments psychotropes (Marchand et al., 2006). De plus, une autre étude menée par Kivimaki et al. (2007a) a mis en lumière le fait que les employés qui avaient fait face à des réductions de personnels, mais qui ont pu garder leurs emplois, avaient une chance plus élevée de consommer des médicaments psychoactifs, en comparaison à ceux qui n'avaient pas fait face

aux réductions de personnels (rapport de cotes =1,49 IC 95%= 1,10- 2,02 pour les hommes et rapport de cotes=1,12, IC 95%= 1,00- 1.27 pour les femmes). De même, la plus forte association a été identifiée pour les prescriptions d'hypnotiques chez les hommes et pour les anxiolytiques chez les femmes.

Ainsi, nous pouvons constater un courant majoritaire qui confirme l'influence des gratifications en milieu de travail sur la consommation d'alcool à risque puisqu'une faible satisfaction au travail serait positivement liée à la consommation d'alcool à risque alors que l'insécurité au travail serait négativement liée à la consommation d'alcool à risque. Pour ce qui est des médicaments psychotropes, il semble que le manque de satisfaction ne serait pas lié à la consommation de médicaments psychotropes alors que l'insécurité au travail serait positivement associée à la consommation de médicaments psychotropes.

La prochaine section traitera du rôle des traits de personnalité des travailleurs en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.2.5 Traits de personnalité

Suite à une revue exhaustive de la littérature, il convient de mentionner que les traits de personnalité en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes ont été très peu abordés dans la littérature. Notons que la majorité des traits de personnalité ont été identifiés comme étant en lien direct avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, ceux-ci incluent la faible estime de soi, la propension à expérimenter des états d'humeur négatifs, l'impulsivité, la rébellion et la propension à prendre des risques. Toutefois, seul le centre de contrôle interne a été identifié comme étant un facteur modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

Il est important de noter ici que la personnalité se réfère à des caractéristiques personnelles qui peuvent soit aider l'individu à mieux supporter le stress, soit intensifier ses réactions face au stress. Ainsi, chaque individu pourra interpréter différemment les stressseurs au travail auxquels il est confronté dépendamment de ses traits de personnalité. « Les individus exposés aux mêmes conditions environnementales peuvent exprimer différentes réactions psychologiques, physiques et comportementales en fonction de leurs traits de personnalité » (Kahn, Byosiere, 1992).

La propension à expérimenter des états d'humeur négatifs et la détresse psychologique seraient des facteurs potentiels de vulnérabilité pour la consommation de médicaments psychotropes (Cox, 1987). Notons que la propension à expérimenter des états d'humeur négatifs est définie comme étant la propension d'un individu à ressentir des états d'humeur négatifs ainsi que des réactions émotionnelles négatives (Frone, 2003).

De même, il convient de mentionner que l'étude menée par Frone (2003) mentionnée précédemment, est intéressante puisqu'elle fait la distinction entre la consommation générale d'alcool (consommation globale) et la consommation d'alcool sur les lieux de travail. Ainsi, celle-ci est arrivée à la conclusion que la personnalité est liée à la consommation d'alcool en général (hors du travail et sur les lieux de travail) ainsi qu'à la consommation d'alcool au travail. Toutefois, des différences importantes méritent d'être retenues: l'abus d'alcool sur les lieux du travail ainsi que hors du travail serait plus élevé chez les individus qui sont impulsifs et qui ont une tendance à prendre des risques. De plus, la consommation d'alcool au travail serait plus élevée chez les individus qui sont rebelles. Ainsi, cette étude avance que la cause probable de la consommation d'alcool sur les lieux de travail serait liée à une décision explicite de briser les règles et de ne pas obéir. Par contre, la consommation d'alcool en dehors des lieux de travail (en général) serait motivée par un sens de l'aventure, et par peu de prévoyance en ce qui concerne les conséquences des actions d'une personne ayant consommé de l'alcool. Par conséquent, nous pouvons conclure que la personnalité serait un facteur de risque à la consommation d'alcool au travail et l'impulsivité et la propension à prendre des risques seraient liées à la consommation globale d'alcool. De même, il est probable que l'échec à identifier une association entre la rébellion et la consommation d'alcool au travail est probablement dû à une erreur dans l'échantillon. C'est pourquoi des futures recherches devraient être menées pour s'assurer que les résultats soient répliqués. De plus, selon cette même étude, la consommation globale d'alcool (au travail et hors du travail) pourrait être partiellement motivée par un désir de réguler (réduire) les émotions négatives. Par contre, la perception que l'alcool va réguler les émotions ne semblerait pas jouer un rôle dans la consommation d'alcool au travail. C'est plutôt la perception que l'alcool va réguler la performance qui jouerait un rôle dans la consommation globale d'alcool ainsi que dans la consommation au travail.

Avant de continuer, il est primordial de définir ce que l'on entend par le centre de contrôle interne. Ainsi, celui-ci est défini comme étant la perception que l'individu a concernant le contrôle qu'il a sur les événements de sa vie (Levenson, 1973; Rotter, 1966). Pour ce qui est du sens de cohésion, celui-ci est défini par Antonovsky (1987) comme étant : « une perception intégrée d'un individu, par rapport à sa vie, comme étant compréhensible, significative et contrôlable, ce qui signifie que l'individu en question croit ou perçoit que les événements qui surviennent dans sa vie ont un sens » (Antonovsky, 1987). Il est essentiel ici de faire la distinction entre le centre de contrôle interne et le sens de cohésion, puisque ce dernier est plus large que le sens de contrôle interne, qui lui fait référence aux sentiments de l'individu. De plus, le sens de cohésion est universel et demeure stable dans le temps.

Finalement, l'estime de soi est définie par Rosenberg (1979) comme « étant l'évaluation que l'individu fait et maintient à l'égard de sa propre personne et qui se traduit par une attitude d'approbation ou de désapprobation par rapport à lui – même ».

Ainsi, il semblerait que les personnes ayant une faible estime de soi, une détresse psychologique élevée, une tension élevée au travail et celles qui étaient insatisfaites dans leur travail, consommeraient plus de médicaments psychotropes (Moisan et al., 2000). De plus, une faible estime de soi serait positivement associée à un niveau plus élevé de stress qui se traduirait par un niveau plus élevé de consommation d'alcool (Maranda, 1991).

Dans la même veine, il semblerait que les sujets ayant un « centre de contrôle interne » seraient moins susceptibles au stress et consommeraient par conséquent moins de médicaments psychotropes (effet modérateur) (Trichard et al., 2005).

De plus, malgré le fait que la littérature n'a pas examiné le rôle du centre de cohésion comme modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, nous croyons que celui-ci devrait être pris en compte dans notre analyse puisque nous pensons que les travailleurs ayant un centre de cohésion élevé seraient moins susceptibles au stress et consommeraient en conséquence moins d'alcool et de médicaments psychotropes afin de supporter ce stress.

En somme, les traits de personnalité en tant qu'effets modérateurs de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes ne sont pas très étudiés dans la littérature. Mais ce facteur mérite de s'y pencher afin de tenter de cerner sa contribution face à ce problème à l'étude.

1.2.6 Caractéristiques sociodémographiques

Au-delà des facteurs liés au travail et hors du travail, la littérature a analysé quelques caractéristiques individuelles afin de tenter d'expliquer la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Notons que le milieu de travail n'est pas un système fermé, puisque les employés amènent avec eux des caractéristiques personnelles sur le marché du travail qui agiront comme un facteur de protection contre les stressors au travail ou sinon qui les rendront plus vulnérables dans le développement des problèmes de santé face à ces stressors (Ames et Janes, 1992).

Débutons d'abord par les caractéristiques sociodémographiques notamment, l'âge, le sexe, la scolarité et la profession en lien avec la consommation d'alcool à risque.

Pour ce qui est de la différence de sexe en lien avec la consommation d'alcool à risque, il semblerait que les hommes seraient en général plus enclins que les femmes à une consommation d'alcool à risque. D'ailleurs, plusieurs études confirment cette hypothèse (Marchand et al., 2003a; Frone, 2003; Cohidon et al. 2005; De Jonge et al. 2000; Mc Donough, 2000). De plus, selon Marchand (2008), la consommation d'alcool serait trois fois plus élevée chez les hommes (13.8 %) que chez les femmes (3.8 %). Pour ce qui est de l'âge, il semblerait que la consommation d'alcool à risque diminuerait avec l'âge (Kouvonen et al., 2005; Frone, 2003; Ames et al., 2000). Ainsi, plus les travailleurs vieillissent, moins ils consommeraient de l'alcool. Concernant le niveau de scolarité, il semblerait que celui-ci s'associerait négativement à la consommation d'alcool à risque (Mc Donough, 2000, Bacharach et al., 2001; Beck, 2008). En d'autres termes, plus les travailleurs détiennent un niveau de scolarité élevé, moins ils consommeraient de l'alcool à risque.

De même, il est à noter que les professions sont aussi un autre aspect des caractéristiques sociodémographiques en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes sur lequel la littérature s'est penchée puisqu'il semble que certaines professions

offrirait un terrain plus fertile à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

Ainsi, il semblerait que les professions à risque élevé de consommation d'alcool à risque comprennent les gens qui travaillent dans des bars, ceux qui font partie de l'industrie de l'amusement, les médecins, les gens qui travaillent dans la vente, ainsi que ceux qui travaillent dans l'armée, la police, les militaires et les chauffeurs de camion, les hommes serveurs, nettoyeurs et coiffeurs (Donald, Wells et Wild, 1999; Hemmingston et al., 1997). De même, une étude menée par Birch, Ashton, Kamali (1998) a démontré que la plupart des officiers résidents dans 18 services de santé nationaux consommeraient des quantités excessives d'alcool. Notons que leurs consommations d'alcool représenteraient un risque pour eux ainsi que pour leurs patients. Finalement, en comparaison avec les cols bleus non qualifiés, la consommation modérée d'alcool ainsi que la consommation d'alcool à risque seraient associées aux cols bleus qualifiés, aux cols blancs semi-qualifiés et aux directeurs de niveau intermédiaire. De plus, la consommation d'alcool à risque serait plus répandue chez les directeurs de haute direction (Marchand, 2008).

Concernant la consommation de médicaments psychotropes et les professions à risque, il est important de mentionner que plusieurs études notamment dans les années 70 et 80 se sont penchées sur le domaine de la santé pour y examiner les problèmes de consommation de médicaments psychotropes et d'alcool chez les médecins et les infirmières. Certains auteurs sont arrivés à la conclusion que ceux-ci se prescrivaient eux-mêmes des médicaments psychotropes (Bennet & O' Donovan, 2001; Trichard et al., 2005) alors que d'autres auteurs ont souligné que ces deux professions ne présentaient pas un risque plus élevé que le reste de la population de développer des troubles liés à l'abus de médicaments psychotropes et d'alcool (Collins, 1999; Storr et al. 2000).

De plus, une étude intéressante menée par Shaw et al., (2003) a voulu comparer un groupe de médecins et d'infirmières qui recevaient des traitements pour leurs toxicomanies (liée à l'abus d'alcool et de médicaments psychotropes) et est arrivée aux conclusions suivantes: presque 70% des médecins dans leur échantillon (n=195) consommaient surtout une seule substance, soit de l'alcool soit des substances opiacées et environ 30% consommaient de l'alcool et des

prescriptions d'opiacés. Notons que les infirmières ont signalé des habitudes d'usage un peu différentes des médecins puisqu'elles utilisaient en général une substance de plus. De même, plus que 82% des infirmières présentaient un trouble lié à l'abus d'une seule substance et avaient une plus grande probabilité que les médecins d'utiliser des opiacés de prescription.

Pour ce qui est de la profession de vétérinaire, il semblerait que ceux qui travaillent dans une clinique seraient plus stressés que ceux qui ne travaillent pas dans une clinique (Harling et al., 2009). De même, ceux-ci sembleraient présenter un risque plus élevé de consommation d'alcool en comparaison aux vétérinaires qui travaillent hors d'une clinique. Notons aussi qu'à près 20% des vétérinaires ont signalé consommer des médicaments psychotropes, avec les analgésiques étant au haut de leur liste et les femmes consommeraient des médicaments psychotropes plus fréquemment que les hommes. De même, la plupart des médicaments psychotropes consommés seraient pris sans prescription médicale, et ce risque semblerait augmenter en même temps que le stress psychosocial. Ce qui est intéressant à noter aussi est le fait que les vétérinaires ont accès à des médicaments psychotropes dans leur travail, ce qui explique leur facilité d'accès et donc leur consommation de médicaments psychotropes.

Les professeurs de niveau primaire, secondaire, ceux qui enseignent à la maison et ceux qui enseignent à des élèves aux besoins spéciaux semblent aussi signaler des taux plus élevés de consommation d'alcool à vie, d'amphétamines et de tranquillisants que des échantillons nationaux. De plus, le stress lié à leur profession serait la cause de leur consommation de médicaments psychotropes (Watts et Short, 1988). Notons de même que selon cette étude, les professeurs auraient une fréquence d'abus d'alcool plus élevée de 3% en comparaison avec des données nationales.

Finalement, les conducteurs de camions français auraient des taux plus élevés de cannabinoïdes et d'éthanol dans leur sang que le reste de la population. Ceci permettrait d'apporter une explication aux accidents mortels sur la route (Labat et al., 2008).

Passons maintenant aux facteurs liés à la situation familiale en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Notons que ceux-ci incluent le statut marital, le revenu du ménage, le statut parental, les tensions maritales et les tensions parentales.

Ainsi, pour ce qui est du statut marital, il semblerait qu'être dans un couple réduirait la probabilité de consommation d'alcool à risque (Marchand, 2008) alors que le fait d'être célibataire ou divorcé augmenterait le taux d'abus et de dépendance à l'alcool (Frone, 2006; Kouvonen et al., 2005; Mc Donough, 2000; Crum et al., 1995). De même, un revenu familial faible a aussi été identifié dans une étude menée par Fukuda et al., (2005) comme étant un facteur de risque pour la consommation d'alcool à risque, puisque le fait de ne pas avoir un revenu financier suffisant pourrait constituer une source de stress. Alors qu'une étude menée par Marchand et al., (2006) avance que l'élévation du revenu du ménage favoriserait une augmentation du risque d'abus d'alcool. Concernant le statut parental, il semblerait que ne pas avoir des enfants serait associé à l'abus d'alcool chez les femmes (Thundal et Allebeck, 1998). De même, des tensions maritales seraient également associées à une consommation abusive d'alcool (San José et al., 2000b) et des tensions parentales augmenteraient la probabilité de consommation d'alcool à risque de 33 % (Marchand et al., 2008).

Finalement, pour ce qui est du réseau social hors travail, il semblerait qu'un bon soutien social en dehors du milieu de travail, permettrait de réduire les tensions ressenties au travail et donc le risque de consommation d'alcool à risque (Ragland et al., 1995). De même, pour ce qui est des événements de vie stressants vécus dans l'enfance, notons que ceux-ci se réfèrent à des événements tels que le divorce d'un parent, le chômage d'un des parents, si un des parents buvait ou consommait de la drogue et bien d'autres qui seront développés à la section 3.3.4. Ainsi, ceux-ci ne seraient pas significativement associés à une consommation d'alcool à risque (Marchand, 2008).

Passons maintenant aux caractéristiques sociodémographiques en lien avec la consommation de médicaments psychotropes.

Plusieurs études ont souligné que la prévalence de consommation de médicaments psychotropes serait plus élevée chez les femmes (Lapeyre-Mestre et al., 1999, 2004; Bancarel et al., 1988; Jacquinet-Salord 1992; Moisan et al., 2000; Harling et al., 2009; Virtanen et al., 2008; Pelfrene et al., 2004; Ngoudo-Mbongue et al., 2005; Matano et al., 2002; O. Bœuf-Cazou et al., 2009; Marchand et al., 2006) et augmenterait avec l'âge (Jacquinet-Salord et al., 1992; Moisan et al., 2000; Ngoudo-Mbongue et al., 2005; Lapeyre-Mestre et al., 1999; Moisan et al., 1999; Marchand et al., 2006).

Notons qu'une explication possible pour la consommation plus élevée d'analgésiques chez les femmes est le fait que celles-ci en consommeraient plus pour soulager leurs symptômes de menstruation. (Mbongue et al., 2005). De plus, il semblerait que les femmes tenteraient d'alléger leurs inquiétudes en consommant des médicaments psychotropes alors que les hommes quant à eux réagiraient aux mêmes problèmes en consommant de l'alcool. De même, non seulement les femmes consommeraient des médicaments psychotropes plus fréquemment que les hommes, mais en consommeraient plus aussi. Dans la même veine, une étude menée par Beck et al., (2008) affirme que les femmes déclarent plus que les hommes des problèmes de sommeil en plus des différentes perceptions des deux sexes puisqu'il est souvent plus admissible pour les femmes de reconnaître un malaise psychologique, alors que les hommes eux, ont plus tendance à nier une souffrance psychologique ou la traiter avec d'autres substances (Le Moigne, 1999 tel que cité dans Beck et al., 2008).

Concernant la scolarité, il semblerait que les travailleurs de niveau scolaire plus élevé consommeraient moins de médicaments psychotropes (Jacquinet-Salord et al., 1993; Kivimaki et al., 2007b; Moisan et al., 1999).

Pour ce qui est des facteurs en lien avec la situation familiale et la consommation de médicaments psychotropes, il semblerait que les femmes mariées consommeraient plus de médicaments antidépresseurs que les femmes célibataires, ce qui pourrait être dû à l'accumulation de fardeau chez les femmes mariées (Virtanen et al., 2007). Alors que le niveau socio-économique ne semblerait pas être associé à la consommation de médicaments psychotropes (Jacquinet- Salord et al., 1993), toutefois les hommes de niveau socio-économique plus bas et donc de revenu plus bas consommeraient plus de médicaments psychotropes que ceux de niveau socio-économique plus élevé (Virtanen et al., 2008). Alors que le niveau socio-économique et donc le revenu ne serait pas associé à la consommation d'antidépresseurs chez les femmes (Kivimaki et al., 2007). De plus, malgré le fait que le statut parental en lien avec la consommation de médicaments psychotropes n'est pas abordé dans la littérature, nous croyons qu'il y est associé, puisque les études empiriques ont confirmé son association avec la consommation d'alcool. Or, les médicaments psychotropes comme l'alcool sont un moyen de réduction du stress, d'où la nécessité de contrôler ce facteur dans notre analyse (relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes). De même, les tensions maritales et

parentales seraient positivement associées à la consommation de médicaments psychotropes (Nylén et al., 2007; O. Bœuf-Cazou et al., 2009, Lapeyre- Mestre et al., 1999).

Finalement, concernant le réseau social hors travail et les événements de vie stressants, le soutien social hors travail semblerait diminuer la probabilité de consommation de médicaments psychotropes, puisqu'il permet aux travailleurs d'externaliser leur stress au travail (Marchand et al., 2006). De même, il semblerait aussi qu'avoir un niveau moyen ou élevé de stress lié à des événements de vie, soit provenant de l'enfance ou de la vie adulte serait un facteur de risque associé à la consommation de médicaments psychotropes (Moisan et al., 2000, 1999a; Jacquinet-Salord et al., 1993).

En somme, nous pouvons en faire ressortir un courant majoritaire qui s'est penché sur les caractéristiques sociodémographiques susceptibles d'influencer la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Ces caractéristiques devraient être contrôlées dans notre étude afin de limiter leurs influences sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

1.3 Synthèse de l'état des connaissances

Suite à un regard exhaustif de la littérature sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, nous pouvons en conclure que celle-ci est étoffée en ce qui a trait aux conditions de l'organisation du travail en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Par contre, celle-ci est plus rare en ce qui a trait aux traits de personnalité en tant qu'effets modérateurs de cette relation.

Pour ce qui est des conditions de l'organisation du travail, nous pouvons en faire ressortir un courant majoritaire selon lequel celles-ci seraient associées à la consommation d'alcool à risque et à la consommation de médicaments psychotropes. Finalement, notons aussi que des facteurs sociodémographiques seraient liés à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Ceux-ci incluent l'âge, le sexe, le soutien social hors travail, les événements de vie stressants, le revenu du ménage, le statut parental, les tensions maritales, le niveau scolaire ainsi que la profession. Le tableau 1 présente la synthèse des études recensées.

Tableau 1-Synthèse des facteurs liés aux conditions de l'organisation du travail, aux traits de personnalité et aux caractéristiques sociodémographiques

FACTEURS		AUTEURS	RELATION OBSERVÉE
Conception des tâches			
Autorité décisionnelle en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Head, Stansfeld, Siegriest, (2004); Wiesner et al. (2005); Hemmingsson et Lundberg, (1998); Crum et al. (1995); Parker et Brody (1982); Tsutsumi et al. (2003).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Karasesk (1979); Karasek (1990); Storr, et al. (1999); Moisan et al. (2000); Moisan et al. (1999).	Relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes.
Utilisation des compétences en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Yang et al. (2001); Wisner et al. (2005); Ames et Janes (1992); Maranda (1991).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Vinet et al. (1989).	Relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes.
Demandes du travail			
Demandes physiques en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Roxburg (1998); San José et al. (2000a).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Jacquinet- Salord et al. (1993).	Pas d'association avec la consommation de médicaments psychotropes:
Demandes psychologiques en lien avec la consommation	d'alcool à risque	San José et al. (2000b); Wiesner et al. (2005); Parker et Farmer (1988); Frone et al. (1994); Frone (2008).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	médicaments psychotropes	Houdoyer et Rouzaud (2008); Mc Donough (2000); Harling et al. (2009); Traweger et al.	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes.

		(2000); Estryn-Behar (1990); Lapeyre-Mesyre et al. (1999); Bancarel et al. (1988); Leppanen et Olkinuora, (1987).	
Heures travaillées en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Ames et al. (2000); Fennel et al. (1974); Ferguson (1974); Mensch et Kandel, (1988); Parker et Farner, (1988); Seaman, (1981); Maranda (2002); Maranda (1991).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Harling et al. (2009).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes
Horaires de travail (irréguliers) en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Frone (2006); Maranda (2002); Gordon et al. (1986); Smart (1979).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Estryn-Behar (1990); Virtanen (2008); Vinet et al. (1989).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes.
Relations sociales			
Soutien social au travail en lien avec la consommation	d'alcool à risque (faible)	Ames et Janes (1992); Mc Donough (2000); Neale (1993); Marchand et al. (2006); Yang et al. (2001); Ames et Janes (1992).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes (faible)	Appleberg et al. (1993); Belin et Monstactruc (1990); Traweger et al. (2000); Sinokki et al. (2008); Sinnokki et al. (2009); Kouvonen (2008).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes.

Gratifications			
Récompenses et insécurité d'emploi en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Kouvonen et al. (2005); Maranda, (1991); House et al. (1986); Head et al. (2004); Kouvonen et al. (2005).	Faible satisfaction au travail est positivement liée à la consommation d'alcool à risque alors que l'insécurité d'emploi est négativement liée à la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Guibb (1983); Spyckerelle et al. (1987); Marchand et al. (2006); Kivmaki et al. (2007).	Pas d'association entre le manque de satisfaction au travail et la consommation de médicaments psychotropes mais l'insécurité d'emploi est liée positivement à la consommation de médicaments psychotropes.
Facteurs sociodémographiques			
Sexe en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Marchand et al. (2003a); Marchand et al. (2008); Frone (2003); Cohidon et al. (2005); De Jonge et al. (2000); Mc Donough (2000); Marchand (2008).	Les hommes consomment plus de l'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Lapeyre-Mestre et al. (1999); Lapeyre-Mestre (2004); Bancarel et al. (1988); Jacquinet-Salord (1992); Moisan et al. (2000); Harling et al. (2009); Virtanen et al. (2008); Pelfrene et al. (2004); Ngoudo-Mbongue et al. (2005); Matano et al. (2002); O. Bœuf-Cazou et al. (2009); Marchand et al. (2006); Jacquinet-Salord et al. (1992);	Les femmes consomment plus de médicaments psychotropes.

		Moisan et al. (2000); Ngoudo-Mbongue et al. (2005); Lapeyre-Mestre et al. (1999); Moisan et al. (1999); Marchand et al. (2006).	
Âge en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Kouvonen et al. (2005); Frone (2003); Ames et al. (2000).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Jacquinet-Salord et al. (1992); Moisan et al. (2000); Ngoudo-Mbongue et al. (2005); Lapeyre-Mestre et al. (1999); Moisan et al. (1999); Marchand et al. (2006).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes.
Scolarité en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Mc Donough (2000); Bacharach et al. (2001); Beck (2008).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Jacquinet-Salord et al. (1993); Kivimaki et al. (2007); Moisan et al. (1999).	Relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes.
Professions en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Donald, Wells et Wild (1999); Hemmingston et al. (2005); Marchand (2008); Shawn et al. (2004).	Les barmen, ceux qui font partie de l'industrie de l'amusement, les médecins, les gens qui travaillent dans la vente, ceux qui travaillent dans l'armée, la police, les militaires et les chauffeurs de camion, les hommes serveurs, nettoyeurs et coiffeurs, directeurs de haute direction, les médecins et les infirmières consomment plus d'alcool à risque
	de médicaments psychotropes	Bennet & O' Donovan (2001);	Les médecins et les infirmières, les vétérinaires

		Shawn et al. (2004); Watts et Short (2004).	qui travaillent dans une clinique, les professeurs consomment plus de médicaments psychotropes.
Situation familiale			
Statut marital en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Marchand (2008); Frone (2006); Kouvonen et al. (2005); Mc Donough (2000); Crum et al. (1995).	Les individus célibataires ou divorcés consomment plus que les travailleurs mariés ou en couple.
	de médicaments psychotropes	Virtanen et al. (2007).	Les femmes mariées consomment plus de médicaments antidépresseurs que les femmes célibataires.
Revenu du ménage en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Fukuda et al. (2005); Marchand et al. (2006).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Virtanen et al. (2008).	Relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes.
Statut parental (nombre d'enfants) en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Thundal et Allebeck (1998).	Les femmes qui n'ont pas d'enfants consommeraient plus d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Pas d'études sur ce facteur.	Nous croyons qu'il y aurait une relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes.
Tensions maritales en lien avec la consommation	d'alcool à risque	San José et al. (2000b).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Nylén et al. (2007); O. Bœuf-Cazou et al. (2009); Lapeyre- Mestre et al. (1999).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes.
Tensions parentales en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Marchand et al. (2008).	Relation positive avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	O. Bœuf-Cazou et al. (2009); Lapeyre- Mestre et al. (1999).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes.
Réseau social et Évènements de vie stressants			

Soutien social hors travail en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Ragland et al. (1995).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Marchand et al. (2006).	Relation négative avec la consommation de médicaments psychotropes.
Événements de vie stressants en lien avec la consommation	d'alcool à risque	Marchand et al. (2008).	Pas d'association avec la consommation d'alcool à risque.
	de médicaments psychotropes	Moisan et al. (2000); Moisan et al. (1999); Jacquinet Salord et al. (1993).	Relation positive avec la consommation de médicaments psychotropes
Traits de personnalité (Effets directs et effets modérateurs)			
Faible estime de soi		Moisan, Chabot et al. (2000); Maranda (1991).	Relation négative avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.
Centre de contrôle interne		Trichard et al. (2005).	Effet modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.
Sens de cohésion		Pas d'étude sur ce facteur.	Nous croyons qu'il joue un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

Le chapitre qui suit se consacrera à la problématique de recherche ainsi que sur le modèle d'analyse.

Chapitre 2-Problématique et modèle d'analyse

2.1 La problématique de la recherche

Notre question de recherche retenue dans notre mémoire est la suivante:

Est-ce que les traits de personnalité sont un facteur modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes chez les travailleurs canadiens?

Ainsi, notre étude a pour but d'examiner le rôle modérateur des traits de personnalité sur les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Vu que le travail joue un rôle très important dans la vie des individus, puisque c'est là que ceux-ci passent la majorité de leur temps, il s'avère essentiel d'examiner l'influence des conditions de l'organisation du travail sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. De même, vu que les études contemporaines ne se sont pas penchées sur cette relation, il serait encore plus intéressant d'examiner l'effet modérateur des traits de personnalité. En effet, il s'avère important de cerner spécifiquement le rôle modérateur des traits de personnalité, vu que la relation entre le stress au travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes est complexe, et que l'individu décode ce qu'il vit au travail en fonction de sa personnalité. Ainsi, la manière de ressentir le stress vécu au travail pourrait être conditionnée par les traits de personnalité de l'individu. Ce faisant, les traits de personnalité pourraient protéger ou aggraver les effets des conditions de l'organisation du travail sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes des employés.

Toutefois, l'individu devrait être aussi examiné dans un contexte social plus large puisque celui-ci interagit dans un contexte social composé de structures macro-sociales où s'insèrent les professions ainsi que les structures de la vie courante et où on retrouve les conditions de l'organisation du travail. Tous ces facteurs et influences hors du travail devraient être aussi examinés afin de cerner leurs influences sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Finalement, les traits de personnalité individuels devraient être aussi pris en compte puisque ceux-ci influencent la manière dont le stress est perçu par l'individu, d'où l'importance de les prendre en considération afin de comprendre la relation entre les conditions

de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. C'est pour cela que nous nous baserons sur le modèle multiniveaux de Marchand (2004) qui propose une compréhension large des déterminants de la santé mentale.

La problématique de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes par la main d'œuvre a fait l'objet de plusieurs études recensées au chapitre précédent, la majorité se penchant sur les conditions de l'organisation du travail. Toutefois, très peu d'études examinent la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes dans une perspective plus globale prenant en compte l'influence des traits de personnalité comme modérateurs de cette relation. On peut donc facilement identifier ce manque comme une limite importante des recherches contemporaines, et c'est d'ailleurs ce que notre étude tentera de faire en prenant en considération simultanément les conditions de l'organisation du travail, les traits de personnalité ainsi que la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

De plus, une autre lacune majeure relevée dans la littérature est la prolifération des méthodes de mesures de consommation d'alcool puisque certaines études définissent la consommation d'alcool comme étant une fonction d'un certain nombre de verres d'alcool par jour alors que d'autres mesurent la fréquence de consommation d'alcool par semaine. D'autres études utilisent aussi d'autres mesures. De plus, certaines se basent sur la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes sur les lieux de travail, alors que d'autres mesurent la consommation de ces substances hors du milieu de travail. Mais cette dernière est aussi problématique puisqu'elle engendre des conséquences sur la qualité du travail et sur le rendement au travail en affectant la concentration, la motivation et peut être même les relations de travail.

De même, il est important de noter que plusieurs études se basent sur des données transversales afin de tirer leurs conclusions, mais cette méthode ne nous permet pas d'établir des liens de causalité entre les variables. Notre étude permettra de pallier à ce désavantage puisque nous procéderons à des études longitudinales afin d'examiner la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. De même, plusieurs études se basent sur des professions particulières (médecins, vétérinaires, infirmières) afin d'essayer d'expliquer la consommation d'alcool à risque ainsi que la consommation de médicaments psychotropes. Toutefois, celles-ci sont des professions spécifiques qui ne nous permettent pas de généraliser à toute la main d'œuvre canadienne.

Encore une fois, notre étude permettra de pallier à ce désavantage puisque nous nous baserons sur un échantillon représentatif de la main-d'œuvre canadienne et qui nous permettra ainsi de généraliser à toute la population canadienne.

Finalement, la majorité des études qui prennent en compte les traits de personnalité se basent sur des méthodes d'auto déclaration, alors que la subjectivité des répondants influence leurs réponses à ces questionnaires. Malheureusement, cette limite est difficile à pallier et sera à nouveau répliquée dans notre étude.

2.2 Le modèle d'analyse

La figure 1 permet de visualiser sous forme de schéma les variables et les concepts théoriques à partir desquels nous tenterons d'expliquer la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Ainsi, les variables indépendantes incluses dans notre schéma comprennent certaines conditions de l'organisation du travail telles que l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques, physiques, le nombre d'heures de travail et l'horaire de travail qui sont prises du modèle de Karasesk et Theorell (1990). De même, l'insécurité d'emploi a aussi été incluse dans ce modèle et celle-ci est empruntée du modèle de Siegriest (1996).

Concernant les traits de personnalité, ceux-ci sont empruntés au modèle multiniveaux de Marchand (2004) puisque c'est le seul modèle qui prend en compte les traits de personnalité dans un effort de compréhension du stress au travail et donc de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

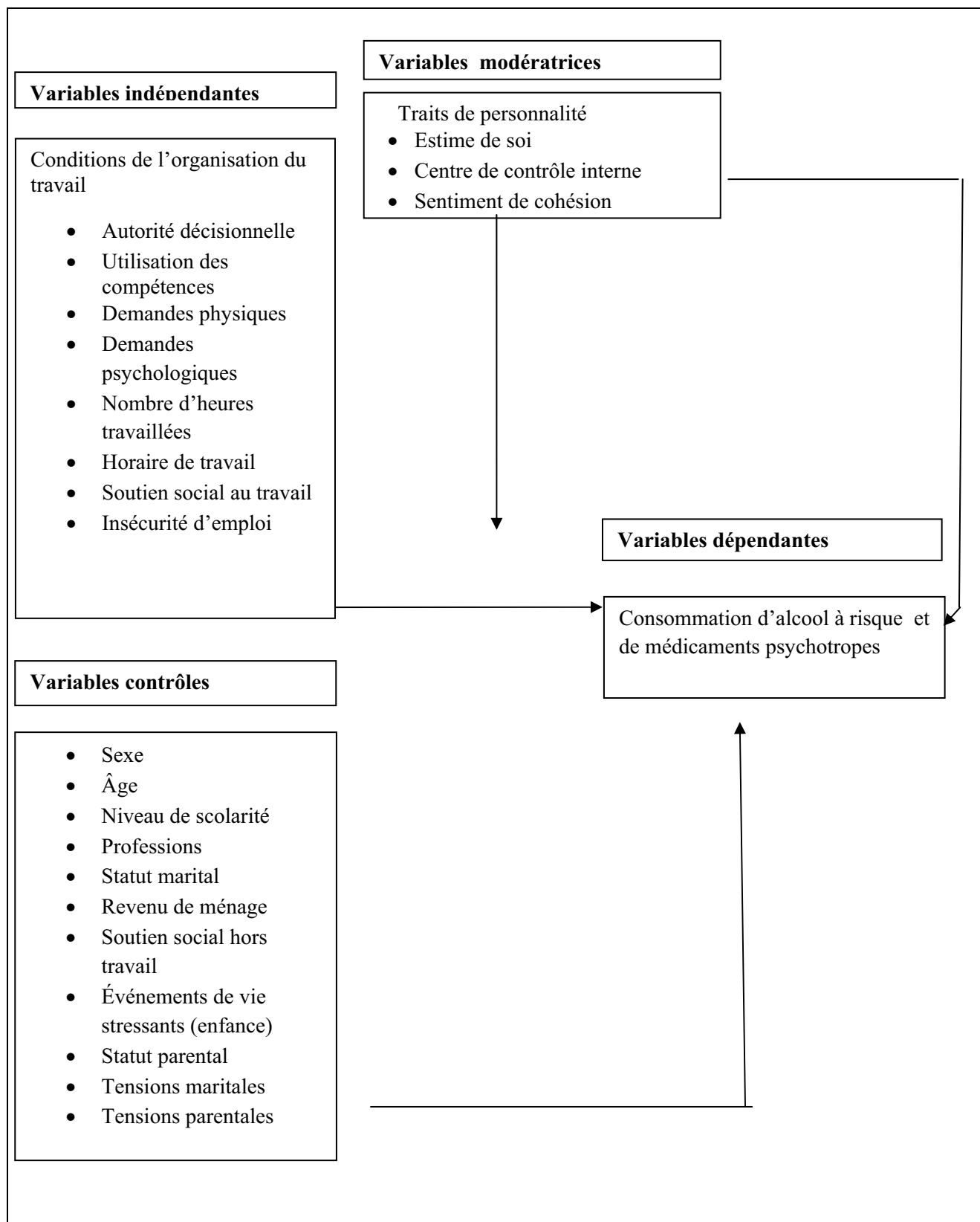
Notons que nos variables dépendantes incluent la consommation d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, la consommation d'alcool à risque représente le volume d'alcool consommé par semaine excédant les normes canadiennes de consommation d'alcool à faible risque. De même, la consommation de médicaments psychotropes est mesurée en fonction de la consommation des deux derniers jours selon la classification ATC de l'OMS et de la consommation de tranquillisants, d'antidépresseurs, et/ou de somnifères pour le dernier mois.

Nous supposons aussi que les traits de personnalité jouent un rôle modérateur de la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. L'hypothèse à la base de cette affirmation trouve son explication dans le fait que nous pensons qu'un individu réagira différemment au stress auquel il est exposé au travail selon ses traits de personnalité. Ainsi, nous pensons qu'un individu porteur d'une estime de soi et/ou d'un centre de contrôle interne et/ou d'un sentiment de cohésion élevés pourra mieux supporter le stress provoqué par des conditions de l'organisation du travail pathogènes, en comparaison à quelqu'un porteur d'une estime de soi et/ou d'un centre de contrôle et/ou d'un sentiment de cohésion peu élevés. Nous pensons donc que les traits de personnalité que l'individu porte, modèrent sa réaction face au stress du travail et pourraient ainsi modifier l'intensité de ces effets sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

En dernier lieu, nous tiendrons compte des variables contrôles, soit l'âge, le sexe, la scolarité, le statut marital, le revenu du ménage, le soutien social hors travail, les événements stressants vécus dans l'enfance, le statut parental, les tensions maritales, les tensions parentales, ainsi que les professions, afin de contrôler leurs effets potentiels sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. L'effet de ces variables sur la consommation d'alcool à risque et sur la consommation de psychotropes a été démontré à maintes reprises dans la littérature, d'où la nécessité de les ajouter dans notre modèle conceptuel en tant que variables contrôles. Il convient de faire la distinction ici entre les tensions parentales et le statut parental, puisque ce dernier se réfère aux nombres d'enfants dans certaines tranches d'âge alors que les tensions parentales se réfèrent à des problèmes engendrés par le fait d'avoir des enfants, par exemple, avoir un enfant malheureux. Notons que toutes ces variables deviendront plus claires dans le modèle opératoire qui suit.

Enfin, il est important de mentionner que notre choix de variables est appuyé par la littérature puisque ce sont des facteurs qui ressortent dans la littérature portant sur la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes.

Figure 1: Le modèle conceptuel



Le modèle conceptuel développé décrit donc la façon dont les caractéristiques des conditions de l'organisation du travail ainsi que les traits de personnalité sont liés à la consommation d'alcool à risque et à la consommation de médicaments psychotropes.

Ainsi, notre modèle conceptuel postule que la latitude décisionnelle serait liée à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, puisque moins l'individu aura une liberté de prendre des décisions portant sur son travail, plus haut sera son niveau de stress et plus il cherchera un moyen de réduction de son stress qui est la consommation d'alcool ou la prise de médicaments psychotropes. Ainsi, certaines études ont appuyé cette relation (Head, Stansfeld, Siegriest, 2004; Wiesner et al., 2005; Hemmingsson et Lundberg 1998; Crum et al, 1995; Parker et Brody, 1982; Tsutsumi et al., 2003; Karasesk, 1979; Karasek, 1990; Storr, et al., 1999; Moisan et al., 2000, 1999) et ont trouvé qu'une faible latitude décisionnelle serait liée à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

De même, notre modèle postule qu'il y aurait une relation entre l'utilisation des compétences et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, puisque plus une personne fera appel à ses compétences dans le cadre de son travail, moins élevé sera son niveau de stress et donc moins elle consommera de l'alcool à risque et des médicaments psychotropes pour soulager son stress (Vinet et al., 1989; Yang et al., 2001; Wisner et al., 2005; Ames et Janes, 1992).

Concernant les demandes de travail, en ce qui a trait aux demandes physiques et la consommation d'alcool à risque, notre modèle postule qu'il y aurait une relation entre ces deux facteurs. Ceci est dû au fait que les demandes physiques pourraient être une source de stress qui pourrait donc se traduire en une consommation d'alcool à risque (Roxburg, 1998 ; San José, 2000a). Toutefois, il est important de mentionner que malgré le fait que les études empiriques n'ont pas identifié d'association entre les demandes physiques au travail et la consommation de médicaments psychotropes, nous croyons tout de même que ce facteur serait associé positivement à la consommation de médicaments psychotropes (même logique qui sous-tend les demandes physiques et psychologiques au travail et la consommation de médicaments psychotropes).

Pour ce qui est des demandes psychologiques, notre modèle postule également qu'il y aurait une relation entre les demandes psychologiques et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes puisque plus les demandes psychologiques sont élevées, plus la personne est stressée et plus elle consommera de l'alcool à risque et des médicaments psychotropes. Les études ont effectivement confirmé cette relation (San José et al., 2000b; Wiesner, Windle et Freeman, 2005; Frone, 2008; Parker et Farmer, 1988; Frone et al., 1994; Houdoyer et Rouzard, 2008; Mc Donough, 2000; Estry-Behar, 1990; Bancarel et al., 1988; Leppanen et Olkinuora, 1987; Lapeyre-Mesyre et al., 1999; Kivmaki et al., 2006).

Enfin, pour les demandes contractuelles, les études empiriques confirment cette relation puisque des heures de travail chargées pourraient engendrer un niveau plus élevé de stress et donc par conséquent une consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Cette relation a été effectivement appuyée par la littérature (Ames et al., 2000; Fennel et al., 1974; Ferguson, 1974; Mensch et Kandel, 1988; Parker et Farmer, 1988; Seaman, 1981; Maranda, 2002). Pour les horaires de travail, les personnes qui sont confrontées à des horaires irréguliers et de nuit sont plus à risque d'être stressées et donc de consommer de l'alcool à risque et des médicaments psychotropes. (Frone, 2006; Maranda, 2002; Harling, 2009; Gordon et al., 1986; Smart, 1979; Estry-Bahar, 1990).

Dans la même veine, notre modèle conceptuel avance que les relations sociales au travail seraient associées à une consommation d'alcool à risque et à la consommation de médicaments psychotropes. Et d'ailleurs ceci a été démontré par le passé puisque le soutien social au travail réduirait le stress et donc par conséquent la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes (Karasesk et Theorell, 1990; Marchand et al., 2005; Bourbonnais et al., 1996; Albertsen et al., 2001; Stansfeld, 1999; Hellerstedt et al., 1997; Fuhrer, 1999).

Enfin, notre modèle postule que les gratifications que l'employé pourrait tirer de son travail en terme de récompenses et de sécurité d'emploi seraient liées au stress au travail et donc par conséquent à la consommation d'alcool à risque et à la consommation de médicaments psychotropes. Ainsi, il semblerait que la faible satisfaction au travail augmenterait le risque de consommation d'alcool à risque alors que l'insécurité d'emploi diminuerait ce risque (Kouvonen et al., 2005; House et al., 1986; Head et al., 2004; Marchand et al., 2006). De même, le manque de satisfaction au travail ne serait pas lié à la consommation de médicaments psychotropes alors

que l'insécurité au travail augmenterait le risque de consommation de médicaments psychotropes. (Marchand et al., 2006; Kivmaki et al., 2006; Guibb, 1983; Spyckerelle et al., 1987).

2.3 Hypothèses

La littérature s'est peu penchée sur l'effet modérateur des traits de personnalité en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Seul le centre de contrôle interne a été identifié comme jouant un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes (Trichard et al., 2005). Néanmoins, la littérature mentionne l'effet de ces variables sur la réduction/ augmentation des contraintes, et comme ces dernières seraient liées à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, nous supposons ainsi que ces traits de personnalité joueraient un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, soit en aggravant ou en diminuant l'effet de la conception des tâches, des demandes, des relations sociales et des gratifications. Ainsi, un centre de contrôle interne permettrait de réduire le stress entraîné par des demandes psychologiques, physiques, contractuelles élevées, et ainsi favoriser une consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes plus faible.

La même logique s'applique également pour l'estime de soi, puisqu'une personne porteuse d'une estime de soi élevée aura une perception plus élevée de sa capacité à s'adapter au stress et sera par conséquent moins stressée. Dans la même veine, si la personne est moins stressée, elle consommera moins d'alcool à risque et de médicaments psychotropes afin de pouvoir supporter ce stress (Moisan et al. 2000; Maranda, 1991). Ainsi, l'estime de soi permettrait de réduire l'effet du stress généré par les conditions de l'organisation du travail sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes des travailleurs.

Finalement, en regard au sentiment de cohésion, nous supposons de même que ce trait de personnalité jouerait un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et le stress et donc par conséquent, avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Puisque plus un travailleur porte un sentiment de cohésion élevé, mieux il pourra réagir au stress généré par les conditions de l'organisation du travail, et donc moins il sera

stressé, et par conséquent, moins il consommera de l'alcool à risque et des médicaments psychotropes afin de pouvoir supporter ce stress.

Ceci nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

H1: L'estime de soi a un effet modérateur, sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque (H1.1) et de médicaments psychotropes (H1.2) en réduisant l'effet du stress généré par les conditions de l'organisation du travail

H2 : Le centre de contrôle interne a un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque (H2.1) et de médicaments psychotropes (H2.2), en réduisant l'effet du stress généré par les conditions de l'organisation du travail

H3: Le sentiment de cohésion a un effet modérateur sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque (H3.1) et de médicaments psychotropes (H3.2) en réduisant l'effet du stress généré par les conditions de l'organisation du travail

Le prochain chapitre portera sur la méthodologie de recherche.

Chapitre 3 : Méthodologie

3.1 Source de données

Notre recherche est basée sur des données secondaires provenant de l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de statistique Canada. Cette enquête vise à recueillir des données longitudinales sur la santé de la population canadienne. Elle a été conduite à des intervalles de deux ans, de l'année 1994 jusqu'à l'année 2003 et comprend ainsi cinq cycles longitudinaux (le cycle 1 de l'année 1994-1995; cycle 2: 1996-1997; cycle 3: 1998-1999; cycle 4: 2000-2001; cycle 5: 2002-2003). La collecte de données a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de la population canadienne (17 276 personnes) dont 86% ont répondu au cycle 1, 93 % au cycle 2, 88 % au cycle 3, 85 % au cycle 4 et 81 % au cycle 5. Le contenu vise un seul membre de chaque ménage, choisi au hasard, pour faire partie du panel longitudinal. Notons que les questions visent l'état de santé, ainsi que celles liées à la santé préventive, aux problèmes de santé chronique, à l'assurance, à l'état de santé, aux activités physiques, à l'exposition aux rayons ultraviolets, aux mouvements répétitifs, aux blessures, au stress, à la consommation de médicaments, au tabac, à la consommation d'alcool, ainsi qu'à des questions sociodémographiques. De même, les données de l'ENSP sont pondérées selon la probabilité de sélection et de la non- réponse à chaque cycle de l'enquête. Mais ce qui est essentiel à retenir est le fait que cet échantillon est représentatif de la population canadienne.

L'objectif de cette étude est de fournir des informations sur la santé de la population afin de faciliter l'élaboration de politiques gouvernementales et permettre ainsi la réalisation d'études analytiques afin de mieux comprendre les déterminants de la santé de la population. Finalement, notons que l'avantage de ce genre de données est le fait que nous avons accès à un large échantillon, mais le désavantage est le fait que nous sommes limités à ce qui est mesuré dans le questionnaire.

Notons qu'aux fins de notre mémoire, nous utiliserons un sous-échantillon de personnes âgées de 15 à 55 ans et qui étaient à l'emploi au moment du premier cycle de l'enquête et qui le demeurent par tous les autres cycles. Le but de ce devis longitudinal est de permettre d'établir des liens de causalité entre nos variables, puisque les individus sont suivis dans le temps. Ceci n'est pas faisable avec les devis transversaux, puisque ces derniers mesurent des variables à un

moment précis dans le temps et pourraient donc être contaminés par des facteurs temporels. De même, cette tranche d'âge ciblée permet de retenir le maximum de répondants en évitant de perdre ceux qui partent à la retraite. Ainsi, la cohorte initiale se composait de personnes ayant déclaré avoir travaillé 15 heures ou plus par semaine au cours des deux semaines précédant l'enquête au cycle 1. Ceci est dû au fait que plusieurs des questions dans le questionnaire portent sur des conditions de l'organisation du travail, d'où la nécessité de retenir uniquement des personnes qui sont à l'emploi. Il est aussi important de noter que les questions de l'enquête ont été posées selon la méthode « d'interview » assistée par ordinateur (IAO). Celle-ci se distingue par la possibilité de contrôler « l'interview » d'après les déclarations du répondant puisque lorsqu'une réponse invalide est saisie, un message s'affiche à l'écran ce qui permet à l'interviewer d'obtenir une interaction immédiate afin de corriger les incohérences. Ainsi, notre recherche comporte des données longitudinales s'étendant sur tous les cycles de 1 à 5.

3.2 Les mesures

Débutons en mentionnant qu'en ce qui a trait à la validité de l'enquête, une étude menée par Brisson et Larocque a souligné que les paramètres de validité de latitude décisionnelle utilisée dans l'ENSP sont bien validés. Par contre, la validité de la demande psychologique est plus limitée (Brisson, Larocque, 2001). Mais il est important de noter qu'en général Statistique Canada est reconnue pour la validité des études qu'elle entreprend. De plus, vu que notre échantillon est représentatif de la population canadienne, on est confiant en termes de validité externe de notre enquête.

3.2.1 Les variables dépendantes

Notre étude se penche sur deux variables dépendantes qui sont la consommation d'alcool à risque ainsi que la consommation de médicaments psychotropes. Le tableau qui suit présentera la façon dont ces deux variables dépendantes ont été mesurées.

Tableau 2-Mesures des variables dépendantes

Variables dépendantes	Mesures
Consommation d'alcool à risque	Variable dichotomique. 1= Plus que 14 verres par semaine pour les hommes et pour les femmes plus que 9 verres, 0=autres.((Normes canadiennes de consommation d'alcool à faible risque)
Consommation de médicaments psychotropes	Variable dichotomique. 1=Consommation des deux derniers jours selon la classification ATC de l'OMS et aussi de la consommation de tranquillisants, d'antidépresseurs et /ou de somnifères pour le dernier mois, 0=non.(Collaboration Center for Drug Statistics Methodology, 2000

3.2.2 Les variables indépendantes

Notre étude se penche sur des facteurs susceptibles d'influencer la consommation d'alcool à risque au sein de la main d'œuvre canadienne ainsi que la consommation de médicaments psychotropes.

Tableau 3-Mesures des conditions de l'organisation du travail dans l'ENSP

Variables indépendantes	Mesures
Utilisation des compétences	Adaptation Karasek (1985) Échelle additive 3 items en 5 points (Accord/Désaccord): Votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances ; votre travail consiste à toujours faire la même chose (inversé). Mesurée cycle 1, 4 et 5. Alpha= 0.53
Autorité décisionnelle	Adaptation Karasesk (1985) Échelle additive 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. Mesurée cycle 1,4 et 5. Alpha= 0.65
Demandes	<p>1) Demandes Physiques: Adaptation Karasesk (1985). 1item en 5 points (accord/désaccord): Votre travail demande beaucoup d'efforts physiques. Mesuré cycle 1, 4 et 5. Regroupées en deux catégories, faibles (0, 1,2=0); élevés (3,4=1)</p> <p>2) Demandes psychologiques: Adaptation Karasek (1985). Échelle additive 2 items en 5 points. (Accord/désaccord): Votre travail est frénétique (inverse); vous êtes exempt(e) de demandes opposées que vous font les autres. Vous n'avez pas à répondre à des demandes conflictuelles. Mesurées 1, 4 et 5. Alpha=0.35.</p> <p>3) Contractuelles: Heures travaillées: Par semaine à tous les emplois. Mesurées cycle 1, 2, 3, 4,5.</p>

	Horaires de travail: Variable dichotomique (0=quart normal sans fin de semaine; quart normal avec fin de semaine; quart rotatif ou brisé avec fin de semaine; sur appel / horaire irrégulier avec fin de semaine; autres sans fin de semaine; autres avec fin de semaine. Mesurées cycle 1, 2, 3, 4,5.
Relations sociales	Adaptation Karasek (1985). Échelle additive 3items en 5 points (accord/désaccord): Vous êtes exposé(e) à de l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (inversé), vos collègues facilitent l'exécution du travail, votre surveillant facilite l'exécution du travail. Mesuré cycle 1, 4 et 5. Alpha=0.42
Gratifications	Insécurité d'emploi: Adaptation Karasek (1985). 1 item en 5points (accord/désaccord): Vous avez une bonne sécurité d'emploi. Mesurée cycle 1,4 et 5. (Échelle inversée).

3.2.3 Les variables modératrices

Il s'agit ici des traits de personnalité qui sont susceptibles d'influencer la relation entre les conditions de l'organisation du travail ainsi que la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Le tableau qui suit présentera les mesures de ces variables dans notre étude.

Tableau 4-Mesures de la personnalité de l'employé dans l'ENSP

Variabiles modératrices	Mesures
Estime de soi	Rosenberg (1979) Échelle additive 6 items en 5points (Désaccord/accord): vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités; vous estimez qu'en tant que personne vous valez autant que les autres; vous pouvez faire les choses aussi bien que les autres personnes ; vous avez une attitude positive face à vous-même; dans l'ensemble vous êtes satisfait(e) de vous-même; tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer comme un(e) raté(e) (inversé). Mesure cycle 1 et 4. (Wade et Clairney, 2000) Alpha=0.85
Centre de contrôle interne	Pealin et Schooler (1978) Échelle additive 7 items en 5 points (accord/désaccord): vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive ; vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de problèmes; vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie; vous vous sentez impuissant(e) aux problèmes de la vie; vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie; ce que votre avenir dépend surtout de vous - même, vous pouvez réaliser a peu près tout ce que vous voulez (inversé). Mesuré cycle 1, 4 et 5. (Wilkins et Beudet, 1998). Alpha=0.76
Sentiment de cohésion	Antonovsky (1987) Échelle additive 13 items en 7 points: Combien de fois vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas vous préoccupez

	<p>vraiment de ce qui se passe autour de vous, dans le passé, combien de fois avez-vous été surpris(e) par le comportement de personnes que vous croyiez bien connaître; combien de fois les gens sur ce qui vous comptiez vous-ont-ils déçu(e); combien de fois avez-vous le sentiment d'être traité(e) injustement; combien de fois avez-vous le sentiment de vous trouver dans une situation non familière et de ne pas savoir quoi faire combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des idées ou des sentiments très confus; combien de fois vous arrive-t-il des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir; nombre de personnes, même celles qui ont du caractère qui se considèrent parfois comme des perdants dans certaines situations. Combien de fois vous êtes-vous senti(e) ainsi dans le passé; combien de fois avez-vous le sentiment que ce que vous faites chaque jour a peu d'importance; combien de fois vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous croyez ne pas pouvoir contrôler; jusqu'ici, avez-vous eu des buts et des objectifs très précis pour votre vie ou aucun but ou objectif; lorsqu'un événement se produit, vous croyez généralement que vous surestimez ou sous-estimez son importance ou que vous savez juger de l'importance de cet événement; vos activités quotidiennes sont-elles une source de plaisir et de satisfaction ou une source de souffrance et d'ennui. Mesuré cycle 1 et 3.</p> <p>Alpha=0.83</p>
--	---

3.2.4 Les variables contrôles

Il s'agit des variables qui sont susceptibles d'influencer la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque ainsi que la consommation de médicaments psychotropes. Ces mesures seront développées clairement dans le tableau qui suit.

Tableau 5- Mesures des variables contrôles

Variabiles contrôles	Mesures
Sexe	0=homme 1=femme Mesuré cycle 1, 2, 3, 4,5
Âge	En années Mesuré cycle 1, 2, 3, 4,5
Statut marital	0=seul (célibataire, veuf, divorce, séparé) 1=en couple (marié, conjoint de fait, partenaire) Mesuré cycle 1, 2, 3, 4,5
Niveau de scolarité	1=aucune scolarité 2=études primaires 3=études secondaires partielles (sans diplôme) 4=diplôme d'études secondaires

	<p>5=autres études postsecondaires 6=études partielles dans une école de métier 7=études partielles dans un collège communautaire 8=études universitaires partielles 9=diplôme/certificat-école de métier 10=diplôme /certificat-collège communautaire, CEGEP 11-baccalauréat (y compris LLB et LLL) 12=maitrise/diplôme en médecine/doctorat Mesuré cycle 1, 2, 3, 4, 5</p>
Revenu du ménage	<p>Revenu avant impôts du ménage au cours des 12 derniers mois 0=bas 1=bas –moyen 2=moyen 3=moyen-élevé 4=élevé Échelle ordinale en cinq catégories mesurant le niveau de suffisance du revenu tel que calculé par statistique Canada. Tient compte du nombre de personnes dans le ménage. Échelle ordinale en cinq catégories mesurant le niveau de suffisance du revenu tel que calculé par Statistique Canada. Tient compte du nombre de personnes dans le ménage. Mesuré cycle 1, 2, 3, 4,5.</p>
Professions	<p>1. Cols bleus 2. Cols blancs 3. Professionnels 4. Superviseurs 5. Directeurs 6. Cadres supérieurs</p>
Soutien social hors travail	<p>Échelle additive 4 items (oui/non), portant sur la présence d'un confident, d'une personne sur qui compter en cas de crise, de quelqu'un pour aider à prendre des décisions personnelles, et d'une personne qui fait sentir de l'amour et de l'attachement (Marchand et al., 2006). L'échelle est ensuite dichotomisée, soit faible soutien social (0= à trois) et soutien social élevé (1=4), afin de tenir compte de la forte asymétrie observée dans la distribution originale. Mesuré cycle 1, 2, 3, 4,5.</p>
Événements de vie stressants (enfance)	<p>Wheaton (1994). Échelle additive 7 items en 2 points. (oui/non) : avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital ; est ce que vos parents ont divorcés ; est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler : vous est-il arrivé (e) quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant des années. Avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal: est ce que votre père ou votre mère buvait ou consommait de</p>

	la drogue si souvent que ça causait des problèmes à la famille; avez-vous déjà été maltraité (e) physiquement par un proche. Mesuré cycle 1 et 4.
Statut parental	Quatre variables dichotomiques décrivant la présence d'enfants mineurs dans le ménage en fonction des groupes d'âge suivants: 0-5 ans: code 1=présence, 0=absence, 6-11 ans: code 1=présence, 0=absence, 12-24ans :code1=présence, 0=absence. Mesuré cycle 1, 2, 3,4 et 5
Tensions maritales	Échelle additive de 6 items, dont 3 items de Wheaton, 1994 (vrai/faux) votre conjoint ne vous comprend pas; votre conjoint ne vous témoigne pas assez d'affection; votre conjoint n'est pas suffisamment engagé dans votre relation. (oui/non): votre conjoint a changé d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire (12 derniers mois): votre conjoint a subi une baisse de salaire ou a été rétrogradé (12 derniers mois); avez-vous eu des disputes de plus en plus fréquentes avec votre conjoint (12 derniers mois). Mesurées cycle 1, 4 et 5. Alpha= 0.66
Tensions parentales	Échelle additive de 2items de Wheaton, 1994 (vrai/faux) un de vos enfants semble être très malheureux, le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement. Alpha= 0.54

3.3 Les analyses

Le logiciel STATA sera utilisé pour procéder aux analyses de données. Nous débuterons par des analyses descriptives (moyennes, écarts-types, pourcentage). Ceci nous permettra de décrire notre échantillon, et d'en faire ressortir des tendances (écarts types, moyennes). Nous procéderons ensuite à des analyses bivariées (matrice de corrélation) afin d'identifier une corrélation possible entre nos variables.

Pour les analyses multivariées, les données longitudinales de l'ENSP ont une structure hiérarchique dans laquelle les mesures prises dans le temps sont nichées dans les individus. Les variables dépendantes étant dichotomiques, des régressions logistiques multiniveaux seront réalisées (Boyle et Willms, 2001; Marchand et al., 2005).

Quatre modèles de régression seront effectués. Les deux premiers modèles de régression multiniveaux auront pour but d'examiner la contribution des conditions de l'organisation du

travail et des traits de personnalité sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, en ajustant pour les variables contrôles. Les deux derniers modèles comprendront des variables d'interaction qui ont pour but de vérifier les effets d'interactions des traits de personnalité avec les conditions de l'organisation du travail sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. La première étape comprendra les conditions de l'organisation du travail, les variables contrôles ainsi que les huit variables d'interactions associées à l'estime de soi. Le troisième modèle comprendra aussi toutes les conditions de l'organisation du travail, les variables contrôles et les variables d'interaction associées au centre de contrôle interne. Finalement, le quatrième modèle comprendra aussi les mêmes variables à l'exception des variables d'interaction associées au sentiment de cohésion.

Dans toutes les analyses, les erreurs types seront corrigées pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'ENSP. L'effet de plan estimé au Cycle 1 de l'ENSP (1.64) sera utilisé. Cette procédure, bien qu'approximative, implique le gonflement des erreurs types estimées par la racine carrée de l'effet de plan de l'enquête (Marchand, 2004).

Chapitre4- Présentation des résultats

Le présent chapitre exposera les résultats obtenus à l'aide de nos analyses statistiques. Nous débuterons d'abord par présenter les résultats obtenus à l'aide des analyses descriptives portant sur les deux variables dépendantes, les variables indépendantes, les variables contrôles ainsi que les variables modératrices. Nous exposerons ensuite dans un deuxième temps, les résultats obtenus à l'aide des analyses bivariées où nous avons examiné l'association entre la consommation d'alcool à risque d'abord, et la consommation de médicaments psychotropes ensuite, avec les conditions de l'organisation du travail, les traits de personnalité, ainsi que les variables contrôles. Finalement, nous présenterons les résultats obtenus à l'aide des analyses multiniveaux.

4.1 Résultats des analyses descriptives

Les résultats obtenus à l'aide des analyses descriptives présentés au tableau 6, nous offrent un aperçu global des caractéristiques des participants dans notre échantillon. Nous présenterons donc dans la section qui suit, les statistiques descriptives obtenues en lien avec les variables dépendantes, les variables indépendantes, les variables contrôles ainsi que les variables modératrices.

Tableau 6-Statistiques descriptives des variables dépendantes, indépendantes, modératrices et contrôles

	Min-Max	Cycle1		Cycle2		Cycle3		Cycle4		Cycle5	
		Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type
Variables dépendantes											
Consommation d'alcool à risque	0-1	0,07	-	0,07		0,08	-	0,06	-	0,07	-
Consommation de médicaments psychotropes	0-1	0,04	-	0,05		0,07	-	0,09	-	0,11	-
Conditions de l'organisation du travail											
Utilisation des compétences	0-12	7,09	2,27	7,09	2,3	7,09	2,27	7,18	1,99	7,16	1,95
Autorité décisionnelle	0-8	5,38	1,81	5,38	1,8	5,38	1,81	5,42	1,47	5,45	1,47
Demandes psychologiques	0-8	4,53	1,77	4,53	1,8	4,53	1,77	4,24	1,57	4,18	1,57
Demandes physiques	0-4	2,07	1,28	2,07	1,3	2,07	1,28	1,86	1,12	1,8	1,12
Nombre d'heures travaillées	15-105	43,35	20,73	44,21	20	45,12	18,21	42,48	14,03	42,29	14,21
Horaire de travail (irrégulier)	0-1	0,23	-	0,21	-	0,21	-	0,19	-	0,2	-
Soutien social au travail	0-12	7,98	1,98	7,98	2	7,98	1,98	7,98	1,6	7,91	1,63
Insécurité d'emploi	0-4	1,55	1,78	1,55	1,2	1,55	1,18	1,62	1,08	1,75	1,1
Variables modératrices											
Estime de soi	5-24	20,41	2,89	20,41	2,9	20,41	2,89	19,79	2,69	19,79	2,69
Centre de contrôle interne	3-28	20,19	4,06	20,19	4,1	20,19	4,06	20,26	3,72	19,8	3,91
Sentiment de cohésion	6-78	58,75	11,43	58,75	11	62,09	10,66	62,09	10,66	62,09	10,66
Variables contrôles											
Sexe (femme)	0-1	0,45	-	0,45	-	0,45	-	0,45	-	0,45	-
Âge	15-55	35,56	10,29	37,58	10	39,54	10,24	41,79	10,24	43,82	10,16
Soutien social hors travail	0-1	0,86	-	0,89	-	0,92	-	0,93	-	0,93	-
Événements de vie stressants (enfance)	0-7	0,87	1,16	0,87	1,2	0,87	1,16	0,87	1,16	0,87	1,16
Statut marital (couple)	0-1	0,67	-	0,67	-	0,69	-	0,71	-	0,73	-
Statut parental (enfants entre 0-5 ans)	0-1	0,22	-	0,21	-	0,19	-	0,17	-	0,15	-
Statut parental (enfants entre 6-11 ans)	0-1	0,23	-	0,23	-	0,22	-	0,22	-	0,21	-
Statut parental (enfants entre 12-24ans)	0-1	0,32	-	0,3	-	0,3	-	0,28	-	0,27	-
Tensions maritales	0-6	3,63	2,79	3,63	2,8	3,63	2,79	4,03	2,7	0,17	0,55

	Min- Max	Cycle1		Cycle2		Cycle3		Cycle4		Cycle5	
		Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type	Moyenne,%	Écart type
Tensions parentales	0-2	0,25	0,55	0,25	0,6	0,25	0,55	0,27	0,56	0,27	0,56
Profession (directeur)	0-1	0,07	-	0,07	-	0,08	-	0,09	-	0,1	-
Profession (Superviseur)	0-1	0,04	-	0,05	-	0,05	-	0,06	-	0,06	-
Profession (professionnel)	0-1	0,16	-	0,17	-	0,17	-	0,2	-	0,22	-
Profession (col blanc)	0-1	0,49	-	0,47	-	0,47	-	0,41	-	0,4	-
Profession (col bleu)	0-1	0,24	-	0,24	-	0,24	-	0,23	-	0,21	-
Profession (professionnel)	0-1	0,16	-	0,17	-	0,17	-	0,2	-	0,22	-
Profession (col blanc)	0-1	0,49	-	0,47	-	0,47	-	0,41	-	0,4	-
Profession (col bleu)	0-1	0,24	-	0,24	-	0,24	-	0,23	-	0,21	-
Scolarité	1-12	7,01	3,06	7,2	3	7,38	2,94	7,52	2,95	7,66	2,95

En ce qui concerne les variables dépendantes, les résultats obtenus indiquent qu'entre 6 et 8% des travailleurs consomment de l'alcool à risque, et entre 4 et 11% des travailleurs consomment des médicaments psychotropes. Il est également intéressant de noter que la consommation d'alcool à risque semble être relativement stable au cours des cinq cycles de l'enquête (valeurs qui varient entre 0,06 et 0,08), alors que la consommation de médicaments psychotropes augmente avec le temps, puisque celle-ci commence à 0,04 au cycle 1, pour atteindre une valeur de 0,11 au cycle 5 de l'enquête.

Nos résultats indiquent que l'utilisation des compétences se situe entre 7,09 et 7,18, ce qui est plus élevé que le point milieu de la distribution de l'échelle qui est de 6. Ces résultats indiquent donc que les travailleurs de notre échantillon utilisent légèrement plus que la moyenne leurs compétences dans le cadre de leurs travaux. D'ailleurs, ceux-ci utilisent plus leurs compétences dans le cadre de leur travail, au fur et à mesure que l'on progresse dans le temps. Il est également important de mentionner qu'étant donné que cette variable a été mesurée uniquement aux cycles 1, 4 et 5 de l'enquête, il n'est pas étonnant de constater que les valeurs de l'utilisation des compétences sont identiques aux cycles 1, 2 et 3 de l'enquête. Pour ce qui est de l'autorité décisionnelle, cette dernière se situe également au-dessus du point milieu de la distribution de l'échelle, puisque celui-ci se situe à 4, alors que l'autorité décisionnelle des travailleurs de notre échantillon varie entre 5,38 et 5,45. De plus, il est intéressant de noter que celle-ci demeure constante aux cycles 1, 2 et 3 de l'enquête et augmente aux cycles 4 et 5, pour enfin atteindre une valeur de 5,45 au cycle 5. Notons de même, que les valeurs de l'autorité décisionnelle sont également identiques aux cycles 1, 2 et 3 de l'enquête, ce qui est également dû au fait que celle-ci n'a été mesurée qu'aux cycles 1, 4 et 5. Concernant les demandes physiques élevées imposées sur les travailleurs, nos résultats indiquent qu'elles varient entre 1,80 et 2,07. Nous constatons ainsi que les travailleurs subissent des demandes physiques moyennes, puisque les valeurs de cette variable tournent autour du point milieu de la distribution de l'échelle qui est de 2, d'ailleurs celles-ci diminuent avec le temps puisqu'elles sont de 2,07 aux cycles 1, 2 et 3, pour atteindre une valeur de 1,80 au cycle 5 de l'enquête. Parallèlement, nous constatons que les travailleurs subissent des demandes psychologiques élevées puisque celles-ci varient entre 4,18 et 4,53, ce qui est légèrement au-dessus du point milieu de la distribution de l'échelle qui est situé à 4. D'ailleurs, tout comme les demandes physiques, nous constatons que les demandes psychologiques diminuent avec le temps, puisque celles-ci commencent avec une valeur de 4,53

au premier cycle de l'enquête, pour enfin atteindre une valeur de 4,18 au cycle 5. En regard du nombre d'heures travaillées, celui-ci varie entre 42,29 heures et 45,12 heures, ce qui se situe autour du point milieu de la distribution de l'échelle qui est de 45 heures. D'ailleurs, celui-ci semble diminuer aux cycles 4 et 5 de l'enquête. Concernant le soutien social au travail, il n'est pas étonnant de constater que celui-ci demeure stable aux cycles 1, 2, 3 et 4 de l'enquête, avec une valeur de 7,98, pour ensuite atteindre une valeur de 7,91 au cycle 5 de l'enquête. Il est également important de noter que cette variable a été mesurée aux cycles 1, 4 et 5 de l'enquête, ce qui explique le manque de variation des valeurs du soutien social au travail aux premiers cycles de l'enquête. Notons de même, qu'entre 19 et 23% des travailleurs ont un horaire de travail irrégulier. D'ailleurs, cette proportion semble diminuer du cycle 1 au cycle 4 de l'enquête, pour ensuite augmenter légèrement (1%) au cycle 5 de l'enquête. Finalement, en ce qui a trait à l'insécurité d'emploi, celle-ci varie entre 1,55 et 1,75, ce qui tourne autour du point milieu de la distribution de l'échelle qui est de 2. Nous constatons ainsi que cette variable augmente avec les cycles de l'enquête.

Passons maintenant aux variables modératrices, nos résultats indiquent que l'estime de soi demeure constante aux cycles 1, 2 et 3 (estime de soi= 20,41) pour ensuite diminuer aux cycles 4 et 5 de l'enquête, et atteindre une autre valeur de 19,79 (notons que l'estime de soi a été mesurée uniquement aux cycles 1 et 4 de l'enquête). Nous constatons également que ces valeurs sont plutôt élevées par rapport au point milieu de la distribution de l'échelle qui se situe à 9,5. De même, nos résultats indiquent que le centre de contrôle interne est plus élevé que le point milieu de la distribution de l'échelle qui se situe à 12,5. De plus, celui-ci demeure constant aux cycles 1, 2 et 3 avec une valeur de 20,19, augmente au cycle 4, pour atteindre une valeur de 20,26, et diminue à nouveau au cycle 5 pour atteindre une valeur de 19,83. Notons que le centre de contrôle interne a été mesuré aux cycles 1, 4 et 5 de l'enquête, ce qui explique la stabilité des valeurs de cette variable aux trois premiers cycles de l'enquête. Finalement, concernant le dernier trait de personnalité qui est le sentiment de cohésion, nos résultats démontrent que celui-ci est également plus élevé que le point milieu de la distribution qui est de 36 (valeurs variant entre 58,75 et 62,09). D'ailleurs, celui-ci augmente avec le temps, puisqu'il commence avec une valeur de 58,75 au cycle 1 de l'étude, pour finalement atteindre une valeur de 62,09 au cycle 5.

Enfin, en regard des variables contrôles, nos résultats indiquent que notre échantillon est composé de 45% de femmes, ce qui veut dire que la majorité sont des hommes (55% de l'échantillon) et l'âge moyen des répondants varie entre 35,56 et 43,82 ans, puisque les participants vieillissent de deux ans à chaque cycle consécutif de l'enquête. Pour ce qui est du revenu du ménage, celui-ci varie entre 3,73 et 4,22 ce qui est bien plus élevé que le point milieu de la distribution de l'échelle qui est situé à 2. Concernant le soutien social hors travail, nous constatons que la proportion du soutien social élevé varie entre 86 et 93 %. D'ailleurs, celui-ci augmente au fur et à mesure que l'on avance avec les cycles de l'enquête. Pour ce qui est du nombre d'événements de vie stressants vécus dans l'enfance, nos résultats démontrent que celui est de 87%, et entre 67 et 73% des participants de l'enquête sont en couple. Sur le plan du statut parental des participants, nous constatons qu'entre 15 et 22% des participants ont des enfants âgés de 0-5 ans, entre 21 et 23% ont des enfants âgés entre 6-11 ans, et finalement entre 27 et 32% des participants ont des enfants âgés de 12-24 ans. D'ailleurs, la plupart des participants dans notre échantillon ont des enfants âgés entre 12 et 24 ans, ce qui peut être dû au fait que l'âge moyen des répondants varie entre 35,56 et 43,82 ans. Pour ce qui est du niveau des tensions maritales, il semble que celui-ci est légèrement plus élevé que le point milieu de la distribution de l'échelle (qui est de 3), puisqu'il se situe à 3,63 aux trois premiers cycles de l'enquête, augmente jusqu'à 4,03 au cycle 4, pour ensuite diminuer jusqu'à 0,17 au cycle 5. Notons de même que celui-ci reste stable aux trois premiers cycles de l'enquête avec une valeur de 3,63, puisque cette variable a été mesurée aux cycles 1, 4 et 5 de l'enquête. Parallèlement, le niveau de tensions parentales est également plus élevé que le point milieu de la distribution de l'échelle qui est situé à 1, alors que celui-ci est de 0,25 aux trois premiers cycles de l'enquête. Notons de même que celui-ci augmente pendant cette même période, pour se stabiliser à 0,27 aux cycles 3 et 4. D'ailleurs, nous constatons que les participants de notre échantillon ont un niveau de scolarité supérieur au point milieu de la distribution de l'échelle, qui est situé à 5,5, puisque nos résultats varient entre 7,01 et 7,66 et augmentent légèrement avec le temps, ce qui est probablement dû à la poursuite de la scolarisation de certains répondants au fil des ans. Finalement, en regard des professions, nos résultats indiquent qu'entre 7 et 10 % des participants de l'enquête sont des directeurs, entre 4 et 6% sont des superviseurs, et entre 16 et 22% sont des professionnels. D'ailleurs, ces proportions augmentent avec les cycles de l'enquête. De même, entre 40 et 49% des travailleurs de notre échantillon sont des cols blancs,

et la proportion des travailleurs dans cette catégorie diminue avec les cycles et le temps. D'un autre côté, entre 21 et 24 % de notre échantillon sont des cols bleus, et cette proportion diminue également avec les cycles, puisqu'elle est de 24% aux cycles 1, 2 et 3, et diminue à 23% au cycle 4, pour finalement atteindre une proportion de 21% au cycle 5 de l'enquête.

4.2 Résultats des analyses bivariées

Nous avons procédé à des analyses bivariées afin d'estimer l'association entre la consommation d'alcool à risque d'abord et de médicaments psychotropes ensuite, pour chacune des conditions de l'organisation du travail, ainsi que chacun des traits de personnalité, en tenant compte des variables contrôles. Il est important de noter que s'il existe des situations de colinéarité entre les variables indépendantes, modératrices et contrôles, nous serons en mesure de les identifier.

Le tableau 7 présente la matrice de corrélation entre les différentes variables pour la consommation d'alcool à risque, ainsi que pour la consommation de médicaments psychotropes.

Tableau 7-Matrice de corrélations entre les variables pour la consommation d'alcool à risque et pour la consommation de médicaments psychotropes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1-Alcool à risque	1,00														
2-Médicaments psychotropes	-0,01	1,00													
3-Utilitation des compétences	0,01*	0,00	1,00												
4-Autorité décisionnelle	0,03**	-0,04**	0,30**	1,00											
5-Demandes physiques	0,04**	-0,02**	-0,19**	-0,05**	1,00										
6-Demandes psychologiques	0,00	0,04**	0,17**	-0,04**	0,01	1,00									
7-Soutien social au travail	-0,03**	-0,05**	0,05**	0,14**	-0,02**	-0,20**	1,00								
8-Insécurité d'emploi	-0,02**	0,04**	-0,08**	-0,23**	0,00	-0,14**	-0,14**	1,00							
9-Nombre d'heures travaillées	0,05**	-0,06**	0,06**	0,09**	0,09*	0,09**	-0,02**	-0,02**	1,00						
10-Horaire de travail (irrégulier)	0,00	0,00	-0,06**	-0,07**	0,12**	0,02**	0,05*	0,05*	0,04**	1,00					
11-Estime de soi	0,00	-0,08**	0,17**	0,20**	-0,01*	0,00	-0,10**	-0,10**	0,02**	-0,01**	1,00				
12-Centre de contrôle interne	0,00	-0,12**	0,17**	0,23**	-0,08**	-0,03**	0,20**	-0,18**	0,03**	-0,02**	0,43**	1,00			
13-Sentiment de cohésion	-0,05**	-0,13**	0,13**	0,16**	-0,05**	-0,01**	0,16**	-0,14**	0,00	-0,03**	0,23**	0,04**	1,00		
14-Genre	-0,1**	0,09**	-0,09**	-0,13**	-0,01**	0,07**	-0,01	0,05**	-0,28**	-0,04**	-0,03**	-0,04**	-0,04**	1,00	
15-Age	-0,05**	0,08**	0,11**	0,13*	-0,11**	-0,04**	0,01	-0,03**	-0,08**	-0,06**	0,02**	-0,04**	0,16**	-0,03**	1,00
16-Scolarité	-0,02**	0,01	0,32**	0,11**	-0,23**	0,15**	0,02**	0,00	-0,02**	-0,05**	0,10**	0,15**	0,08**	0,09**	-0,03**
17-Soutien social hors travail	-0,04**	-0,04**	0,04**	0,04**	-0,03**	0,01	0,08**	-0,06**	-0,03**	0,00	0,05**	0,14**	0,18**	0,08**	-0,04**
18-Événements stressants (enfance)	0,03**	0,10**	-0,05**	-0,06**	0,07**	0,09**	-0,11**	0,08**	0,01	0,03**	-0,06**	-0,11**	-0,20**	0,08**	-0,09**
19-Statut marital	-0,06**	-0,04**	0,06**	0,08**	-0,01	0,00	0,01*	-0,04**	-0,03**	-0,02*	0,03**	0,04**	0,17**	-0,04**	0,22**
20-Revenu du ménage	0,02**	0,00	0,26**	0,12**	-0,19**	0,09**	0,00	-0,12**	0,01*	-0,05**	0,07**	0,15**	0,17**	-0,05**	0,19**
21-Tensions maritales	-0,05**	-0,05**	0,05**	0,07**	0,02**	0,00	0,02**	-0,02**	-0,01*	-0,01	0,06**	0,05**	0,12**	-0,04**	0,14**
22-Tensions parentales	-0,01	0,06**	-0,01*	-0,01	0,06**	0,05**	-0,05**	0,02*	-0,02**	0,01	-0,09**	-0,15**	-0,1**	0,01	0,21**
23-Statut parental (enfants 0-5ans)	-0,03**	-0,05**	0,02**	0,00	0,03**	0,04**	-0,01**	-0,02**	-0,01	0,00	0,01*	0,04**	0,03**	-0,01	-0,27**
24-Statut parental (enfants 6-11 ans)	-0,02**	-0,01	0,03**	0,03**	0,01	0,04**	-0,01	-0,01	-0,02*	-0,01	0,00	0,00	0,04**	0,01*	-0,07**
25-Statut parental (enfants 12 et plus)	-0,01	0,00	-0,01*	0,00	-0,01	-0,02**	0,02**	0,00	-0,03**	-0,01*	0,00	-0,03**	0,02**	0,02*	0,15**
26-Profession (cadre supérieur)	0,02*	0,01	0,05**	0,04**	-0,05**	0,04**	0,00	-0,04**	0,02**	-0,02**	0,02**	0,03**	0,02*	-0,03**	0,04**
27-Profession (directeur)	0,01	0,01	0,01**	0,16**	-0,07**	0,08**	-0,03**	-0,04**	0,10**	-0,02**	0,03**	0,05**	0,05**	-0,06**	0,06**
28-Profession (superviseur)	0,01*	-0,02**	0,02**	0,05**	-0,01**	0,03**	-0,03**	-0,04**	0,03**	-0,02**	0,00	0,03**	0,02**	-0,09**	0,02**
29-Profession (professionnel)	-0,04**	0,01	0,29**	0,10**	-0,18**	0,12**	0,01	0,00	-0,03**	-0,05**	0,07**	0,09**	0,08**	0,09**	0,06**
30-Profession (col blanc)	-0,04**	0,05**	-0,19**	-0,15**	-0,05**	0,00	0,03**	0,03**	-0,20**	0,02**	-0,03**	-0,05**	-0,01**	0,31**	-0,10**
31-Profession (col bleu)	0,07**	-0,05**	-0,14**	-0,06**	0,29**	-0,15**	0,02**	0,02**	0,19**	0,05**	-0,05**	-0,08**	-0,01*	-0,38**	0,00

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
16-Scolarité	1,00															
17-Soutien social hors travail	-0,07**	1,00														
18-Événements stressants (enfance)	-0,06**	-0,06**	1,00													
19-Statut marital	0,03**	0,11**	-0,07**	1,00												
20-Revenu du ménage	0,24**	0,09**	-0,09**	0,22**	1,00											
21-Tensions maritales	-0,04**	0,06**	-0,06**	0,70**	0,09**	1,00										
22-Tensions parentales	-0,11**	0,07**	0,11**	0,09**	-0,04**	0,07**	1,00									
23-Statut parental (enfants 0-5ans)	0,04**	0,03**	0,01*	0,24**	-0,08**	0,21**	-0,01**	1,00								
24-Statut parental (enfants 6-11 ans)	0,00	0,02**	0,00	0,21**	-0,07**	0,17**	0,10**	0,19**	1,00							
25-Statut parental (enfants 12 et plus)	-0,04**	0,01	-0,04**	0,07**	0,04**	0,06**	0,12**	-0,25**	-0,17**	1,00						
26-Profession (cadre supérieur)	0,05**	0,01	0,00	0,01	0,05**	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	1,00					
27-Profession (directeur)	0,06**	0,01	0,00	0,03**	0,08**	0,02**	0,01	0,00	0,01	0,00	-0,02**	1,00				
28-Profession (superviseur)	-0,04**	-0,01	0,00	0,02*	0,02**	0,01	0,02**	0,00	0,02**	0,01	-0,02*	-0,07**	1,00			
29-Profession (professionnel)	0,41**	0,05**	-0,05**	0,01	0,21**	-0,01	-0,05**	0,02*	0,00	-0,02*	-0,03**	-0,14**	-0,11**	1,00		
30-Profession (col blanc)	-0,10**	0,02**	0,05**	-0,06**	-0,14**	-0,03**	0,00	-0,01	-0,01	0,00	-0,06**	-0,28**	-0,20**	-0,44**	1,00	
31-Profession (col bleu)	-0,30**	-0,07**	-0,01	0,03**	-0,10**	0,03**	0,04**	0,00	-0,01	0,00	-0,04**	-0,16**	-0,12**	-0,26**	-0,49**	1,00

Légende (* : p<0,05 et ** : p<0,01)

Débutons d'abord par les variables des conditions de l'organisation du travail en lien avec la consommation d'alcool à risque. Nous constatons que certaines variables y sont corrélées positivement, telles que l'utilisation des compétences ($r=0,01$, $p<0,05$), l'autorité décisionnelle ($r=0,03$, $p<0,01$) et les demandes physiques ($r=0,04$, $p<0,05$). Ceci veut dire que lorsque ces variables augmentent, le travailleur se retrouvera davantage dans le groupe de consommation d'alcool à risque. Inversement, nous pouvons identifier des variables du travail qui sont corrélées de façon négative à la consommation d'alcool à risque, telles que le soutien social au travail ($r=-0,03$, $p<0,01$) et l'insécurité d'emploi ($r=-0,02$, $p<0,01$). Ceci veut dire que plus un travailleur bénéficie d'un soutien social élevé au travail, moins il se trouvera dans le groupe de consommation d'alcool à risque. Ceci s'applique également pour l'insécurité d'emploi, dans le sens que plus un individu est confronté à de l'insécurité au travail, moins il se trouvera dans le groupe de consommation d'alcool à risque.

Pour ce qui est des variables modératrices, nos résultats démontrent qu'uniquement le sentiment de cohésion y est corrélé négativement ($r=-0,05$, $p<0,01$), alors que l'estime de soi et le centre de contrôle interne ne semblent pas y être corrélés.

Finalement, en regard des variables contrôles en lien avec la consommation d'alcool à risque, nos résultats démontrent que les événements de vie stressants survenus à l'enfance ($r=0,026$, $p<0,01$), le revenu du ménage ($r=0,02$, $p<0,01$), les cadres supérieurs ($r=0,015$, $p<0,05$), les cols bleus ($r=0,07$, $p<0,01$), ainsi que les superviseurs sont corrélés positivement à la consommation d'alcool à risque. Ceci veut dire que les cadres supérieurs, les cols bleus et les superviseurs font partie du groupe de consommation d'alcool à risque. De même, les événements de vie stressants dans l'enfance et le revenu du ménage augmentent le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque. Inversement, d'autres variables sont corrélées de façon négative à la consommation d'alcool à risque telles que le sexe (femme) ($r=-0,1$, $p<0,01$), l'âge ($r=-0,05$, $p<0,01$), la scolarité ($r=-0,02$, $p<0,01$), le soutien social hors travail ($r=-0,04$, $p<0,01$), le statut marital ($r=-0,06$, $p<0,01$), les tensions maritales ($r=-0,05$, $p<0,01$), le statut parental (enfants 0-5ans) ($r=-0,03$, $p<0,01$), le statut parental (enfants 6-11ans) ($r=-0,02$, $p<0,01$), les professionnels ($r=-0,04$, $p<0,01$) ainsi que les cols blancs ($r=-0,04$, $p>0,01$) Ces résultats indiquent donc que les femmes, les travailleurs bénéficiant de soutien social hors travail élevé, les travailleurs en couple, les travailleurs qui ont des enfants âgés entre 0-5ans, entre 6-11 ans, les professionnels, et les

cols blancs consomment moins de l'alcool à risque. De plus, l'âge, la scolarité ainsi que les tensions maritales diminuent le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque.

Passons maintenant à la consommation de médicaments psychotropes.

Concernant les variables des conditions de l'organisation du travail, nous constatons que certaines sont corrélées positivement à la consommation de médicaments psychotropes, telles que les demandes psychologiques ($r=0,04$, $p<0,01$) et l'insécurité d'emploi ($r=0,04$, $p<0,01$). Ceci veut dire que plus ces variables augmentent, plus le travailleur se retrouvera dans le groupe de consommation de médicaments psychotropes. Inversement, certaines variables du travail sont corrélées négativement à la consommation de médicaments psychotropes, telles que l'autorité décisionnelle ($r=-0,04$, $p<0,01$), les demandes physiques ($r=-0,92$, $p<0,01$), le soutien social au travail ($r=-0,05$, $p<0,01$) et le nombre d'heures travaillées ($r=-0,06$, $p<0,01$), qui sont toutes corrélées de façon négative à la consommation de médicaments psychotropes. Ces résultats indiquent que plus le travailleur utilise son autorité décisionnelle au travail, moins il se retrouvera dans le groupe de consommation de médicaments psychotropes. De même, plus les demandes physiques imposées sur le travailleur sont élevées, moins il se retrouvera dans le groupe de consommation de médicaments psychotropes. Parallèlement, plus le soutien social au travail dont l'individu bénéficie est élevé, moins il se retrouvera dans le groupe de consommation de médicaments psychotropes.

Pour ce qui est des variables modératrices qui sont les traits de personnalité, nos résultats indiquent qu'elles sont toutes corrélées de façon négative à la consommation de médicaments psychotropes. Ceci veut dire que plus un travailleur bénéficie d'une estime de soi élevée ($r=-0,08$, $p<0,01$), d'un centre de contrôle élevé ($r=-0,12$, $p<0,01$) et d'un sentiment de cohésion élevé ($r=-0,13$, $p<0,01$), moins il se trouvera dans le groupe de consommation de médicaments psychotropes.

Finalement, en regard des variables contrôles en lien avec la consommation de médicaments psychotropes, nous pouvons constater que le sexe (femme) ($r=0,09$, $p<0,01$), l'âge ($r=0,08$, $p<0,01$), les tensions parentales ($r=0,06$, $p<0,01$) et les cols blancs ($r=0,05$, $p<0,01$) sont tous corrélés de façon positive à la consommation de médicaments psychotropes. Ceci veut dire que

les femmes consomment des médicaments psychotropes plus que les hommes, les cols blancs consomment plus de médicaments psychotropes que le reste des travailleurs, et l'âge, les évènements de vie stressants (enfance) ainsi que les tensions parentales augmentent le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes. Inversement, d'autres variables contrôles sont corrélées négativement à la consommation de médicaments psychotropes, telles que le soutien social hors travail ($r=-0,04$, $p<0,01$), le statut marital (couple)($r=-0,04$, $p<0,01$), les tensions maritales($r=-0,05$, $p<0,01$), le statut parental (enfants 0-5ans),($r=-0,05$, $p<0,01$), les superviseurs ($r=-0,02$, $p<0,01$), ainsi que les cols bleus ($r=-0,05$, $p<0,01$). Ceci veut dire que les travailleurs exposés à un soutien social hors travail élevé consomment moins de médicaments psychotropes comparés aux autres travailleurs, les travailleurs en couple consomment également moins de médicaments psychotropes, les travailleurs ayant des enfants âgés entre 0 à 5 ans consomment moins de médicaments psychotropes, les superviseurs, les cols blancs et les cols bleus consomment également moins de médicaments psychotropes, et finalement le fait d'être exposé à des tensions maritales réduit le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes par le travailleur.

En dernier lieu, il est important de mentionner que nous n'avons pas noté de problèmes de colinéarité entre les variables pour les variables dépendantes, indépendantes, modératrices et contrôles ($r>0.7$) (Tabachnick et Fidell, 2007).

4.3. Résultats des analyses multiniveaux

La section qui suit présentera les résultats que nous avons obtenu à l'aide des analyses multiniveaux pour la consommation d'alcool à risque en premier lieu, ainsi que pour la consommation de médicaments psychotropes en second lieu.

Notons que le premier modèle multiniveaux tient compte du rôle des conditions de l'organisation de travail ainsi que des traits de personnalité (estime de soi, sentiment de cohésion et centre de contrôle interne) et des variables contrôles sur la consommation d'alcool à risque dans un premier temps, et sur la consommation de médicaments psychotropes dans un deuxième temps. Ceci nous permettra d'identifier quels traits de personnalité et quelles variables de l'organisation

du travail sont associés de manière significative à la consommation d'alcool à risque, ainsi qu'à la consommation de médicaments psychotropes.

Par la suite, le deuxième modèle estime l'effet des conditions de l'organisation du travail, des traits de personnalité, des variables contrôles, ainsi que des effets d'interaction sur la consommation d'alcool à risque dans un premier temps, et sur la consommation de médicaments psychotropes dans un deuxième temps. Ce modèle permet donc d'évaluer les effets d'interaction de chaque trait de personnalité pris individuellement, entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque, ainsi que la consommation de médicaments psychotropes. D'ailleurs, il est important de noter que chaque trait de personnalité est pris individuellement, afin de pouvoir estimer l'effet d'interaction que chaque trait de personnalité joue entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque en premier lieu, et la consommation de médicaments psychotropes en second lieu. Ceci veut dire que le deuxième modèle d'analyse multiniveaux comprend l'estime de soi, le troisième modèle d'analyse comprend quant à lui le centre de contrôle interne, et le quatrième modèle d'analyse comprend le sentiment de cohésion interne.

Ainsi, le deuxième modèle examine les effets d'interaction de l'estime de soi sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail (8 conditions) et la consommation d'alcool à risque d'abord, et des médicaments psychotropes ensuite. Ceci nous permettra d'identifier quelles interactions sont significatives.

Par la suite, le troisième modèle examine les effets d'interaction du centre de contrôle interne sur la relation entre les conditions de l'organisation de travail (8 conditions) et la consommation d'alcool à risque d'abord, et des médicaments psychotropes ensuite, afin d'identifier également quelles interactions sont significatives.

Le quatrième modèle examine quant à lui, les effets d'interaction du sentiment de cohésion entre les conditions de l'organisation du travail (8 conditions) et la consommation d'alcool à risque d'abord, et des médicaments psychotropes ensuite, afin de nous permettre d'identifier quelles interactions sont significatives.

Finalement, le cinquième modèle d'analyse multiniveaux, estime la consommation d'alcool à risque d'abord, et la consommation de médicaments psychotropes ensuite, en tenant compte des

conditions de l'organisation du travail, des variables contrôles, des traits de personnalité (estime de soi, sentiment de cohésion, centre de contrôle interne) ainsi que des effets d'interactions qui ont été jugés significatifs dans les trois modèles précédents.

1-Consommation d'alcool à risque

Le tableau 8 présente les résultats des analyses multiniveaux obtenus pour la consommation d'alcool à risque.

Il est important de noter que nos modèles d'analyse multiniveaux nous permettront ainsi de confirmer ou d'infirmer les hypothèses que nous avons posé à la section 2.3 de notre mémoire, et que toutes les estimations d'erreur type sont corrigées pour les effets de plan.

Tableau 8-Résultats des analyses multiniveaux pour la consommation d'alcool à risque

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle3	Modèle 4	Modèle 5
Constante	-2,071**	-8,461**	-2,418**	-1,339**	-5,181**
Conditions de l'organisation du travail					
Utilisation des compétences	0,062*	0,186	-0,002	-0,037	0,063*
Autorité décisionnelle	0,062	0,2	0,114	0,178	0,065
Demandes physiques	0,048	0,423	0,061	0,244	0,05
Demandes psychologiques	-0,041	0,513*	0,082	0,004	0,526*
Soutien social au travail	-0,053	-0,035	-0,105	-0,237	-0,055*
Insécurité d'emploi	-0,129*	-0,101	0,107	0,004	-0,128*
Nombre d'heures travaillées	0,000	0,019	-0,005	-0,006	0,000
Horaire de travail (irrégulier)	-0,123	1 447	0,852	0,52	1,810*
Variables contrôles					
Sexe (femme)	-0,899**	-0,907**	-0,900**	-0,891**	-0,906**
Âge	-0,034**	-0,034**	-0,034**	-0,034**	-0,034**
Scolarité	-0,035	-0,035	-0,035	-0,035	-0,035
Événements de vie stressants (enfance)	0,162**	0,160**	0,159**	0,160**	0,161**
Statut marital (couple)	-0,385*	-0,386*	-0,385*	-0,395*	-0,382*
Revenu du ménage	0,211**	0,212**	0,211**	0,209**	0,209**
Tensions maritales	-0,018	-0,019	-0,019	-0,018	-0,019
Tensions parentales	0,13	0,124	0,127	0,131	0,127
Statut parental (enfants 0-5ans)	-0,585**	-0,587**	-0,589**	-0,579**	-0,596**
Statut parental (enfants 6-11 ans)	-0,052	-0,052	-0,045	-0,049	-0,052
Statut parental (enfants 12-24ans)	-0,043	-0,048	-0,048	-0,046	-0,048
Profession (directeur)	-0,152	-0,154	-0,147	-0,137	-0,162
Profession (superviseur)	-0,24	-0,223	-0,241	-0,231	-0,234
Profession (professionnel)	-0,828	-0,828	-0,822	-0,821	-0,831
Profession (col blanc)	-0,505	-0,497	-0,488	-0,49	-0,498
Profession (col bleu)	-0,081	-0,081	-0,071	-0,059	-0,078
Soutien social hors travail	-0,275	-0,273	-0,269	-0,26	-0,269
Traits de personnalité					
Estime de soi	0,018	0,327*	0,016	0,016	0,160**
Centre de contrôle interne	-0,004	-0,002	0,013	-0,004	0,004
Sentiment de cohésion	-0,014*	-0,014*	-0,014*	-0,027	-0,013*
Interactions					
Estime de soi-Utilisation des compétences		-0,006			
Estime de soi-Autorité décisionnelle		-0,007			
Estime de soi-Demandes physiques		-0,027*			-0,028**
Estime de soi-Demandes psychologiques		-0,018			
Estime de soi- Soutien social au travail		-0,001			
Estime de soi- Insécurité d'emploi		-0,001			

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle3	Modèle 4	Modèle 5
Estime de soi- Nombre d'heures travaillées		-0,001			
Estime de soi- Horaire de travail (irrégulier)		-0,078			
Centre de contrôle- Utilisation des compétences			0,003		
Centre de contrôle- Autorité décisionnelle			-0,002		
Centre de contrôle- Demandes physiques			-0,006		
Centre de contrôle- Demandes psychologiques			-0,001		
Centre de contrôle- Soutien social au travail			0,002		
Centre de contrôle- Insécurité d'emploi			-0,012		
Centre de contrôle- Nombre d'heures travaillées			0,000		
Centre de contrôle- Horaire de travail (irrégulier)			-0,049		
Sentiment de cohésion- Utilisation des compétences				0,002	
Sentiment de cohésion- Autorité décisionnelle				-0,002	
Sentiment de cohésion- Demandes physiques				-0,001	
Sentiment de cohésion- Demandes psychologiques				-0,003	
Sentiment de cohésion- Soutien social au travail				0,003	
Sentiment de cohésion- Insécurité d'emploi				-0,002	
Sentiment de cohésion- Nombre d'heures travaillées				0,000	
Sentiment de cohésion- Horaire de travail (irrégulier)				-0,011	
σ_u	2,529**	2,539**	2,527**	2,529**	2,533 **
X^2 (dl)	1706,05 **, (28)	1706,05 **, (36)	1695,54 **, (36)	1697,48 **, (36)	1705,71 **, (29)

Légende (* : $p < 0,05$ et ** : $p < 0,01$)

Débutons d'abord par le premier modèle d'analyse multiniveaux qui tient compte des conditions de l'organisation du travail, des traits de personnalité ainsi que des variables contrôles, afin de pouvoir identifier l'effet des différentes variables sur la consommation d'alcool à risque. Les résultats obtenus indiquent que deux variables des conditions de l'organisation du travail sont associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque. Il s'agit de l'utilisation des compétences ($b=0,062$, $p<0,05$), ainsi que de l'insécurité d'emploi ($b=-0,129$, $p<0,005$). Il demeure quand même important de distinguer les variables en lien avec les conditions de l'organisation du travail qui sont associées de manière significative et positive à la consommation d'alcool à risque, de celles qui y sont associées de manière significative et négative. Notons que l'utilisation des compétences est associée de manière significative et positive à la consommation d'alcool à risque. Ceci veut dire que plus un travailleur utilise ses compétences dans le cadre de son travail, plus il aura tendance à faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque, alors que plus un travailleur fait face à de l'insécurité dans le cadre de son travail, moins il aura tendance à faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque. Pour ce qui est des traits de personnalité, nos résultats indiquent que seul le sentiment de cohésion ($b = -0,014$, $p<0,05$) est associé de manière significative et négative à la consommation d'alcool à risque, ce qui veut dire que plus le sentiment de cohésion augmente, moins un travailleur aura tendance à faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque. Finalement, concernant les variables contrôles, nous constatons que les femmes ($b = -0,899$, $p<0,01$), l'âge ($b = -0,034$ $p<0,01$), les événements de vie stressants (enfance) ($b = 0,162$, $p<0,05$), le statut marital (couple) ($b = -0,385$, $p<0,05$), le revenu du ménage ($b = 0,211$, $p<0,01$) et le statut parental (enfants 0-5ans) ($b = -0,585$, $p<0,01$) sont associés de manière significative à la consommation d'alcool à risque. D'ailleurs, les événements de vie stressants (enfance) et le revenu du ménage sont associés de manière positive et significative à la consommation d'alcool à risque, alors que les femmes, l'âge, le statut marital (couple) et le statut parental (enfants 0-5ans) sont quant à eux, associés de manière significative mais négative à la consommation d'alcool à risque. Il convient de mentionner ici que le σ_u représente la variation du logarithme des chances de consommation d'alcool à risque dans le temps, entre les individus. D'ailleurs, nous constatons que ce modèle détient une variation résiduelle significative, puisque le σ_u est significatif, ce qui veut dire qu'il existe une variation entre les individus de notre échantillon.

Ceci nous amène aux deuxième, troisième et quatrième modèles d'analyse multiniveaux, où chaque trait de personnalité a été pris individuellement afin de pouvoir estimer l'effet modérateur que chaque trait de personnalité joue sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque. Pour ce qui est du deuxième modèle d'analyse multiniveaux où l'effet modérateur de l'estime de soi a été examiné, nous constatons que l'ajout de ce trait de personnalité à notre modèle d'analyse modifie l'effet de certaines variables de l'organisation du travail, ainsi que de certaines variables contrôles sur la consommation d'alcool à risque. Puisque nos résultats indiquent que les demandes psychologiques ($b=0,513$, $p<0,05$) deviennent associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque, alors que l'insécurité d'emploi perd son association significative à cette dernière. Notons de même, que l'estime de soi ressort dans ce deuxième modèle d'analyse comme étant associée de manière significative à la consommation d'alcool à risque. D'ailleurs, le rôle modérateur de l'estime de soi se précise plus lorsque son interaction avec les demandes physiques apparaît également significative dans ce deuxième modèle. Ceci veut dire que l'estime de soi modère la relation entre les demandes physiques imposées sur les travailleurs ($b=-0,028$, $p<0,05$) et leurs consommations d'alcool à risque. D'ailleurs, le coefficient négatif indique que plus l'estime de soi de l'individu est élevée, moins l'effet des demandes physiques imposées sur le travailleur sera important en terme de sa consommation d'alcool à risque. De même, nous constatons que ce modèle détient une variation résiduelle, ce qui veut dire qu'il existe une variation significative entre les individus de notre échantillon puisque le σ_u est significatif.

Passons maintenant au troisième modèle d'analyse multiniveaux où le rôle modérateur du centre de contrôle interne a été inclus dans notre analyse. Nous constatons que l'ajout de ce trait de personnalité fait perdre la signification de certaines variables, notamment, l'utilisation des compétences, ainsi que l'insécurité d'emploi. Sur le plan des effets d'interaction associés au centre de contrôle interne, nos résultats indiquent qu'aucune interaction n'est significative. Ceci veut dire que le centre de contrôle interne ne joue pas un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque. Il convient également de mentionner que le troisième modèle d'analyse multiniveaux détient une variation significative entre les individus, puisque le σ_u est significatif, ce qui veut dire que la consommation d'alcool à risque varie entre les individus de notre échantillon.

Ceci nous amène donc au quatrième modèle d'analyse multiniveaux dans lequel le rôle modérateur du sentiment de cohésion a été inclus dans l'analyse. Nous constatons ici également que l'ajout du sentiment de cohésion fait perdre la signification de certaines variables, telles que l'utilisation des compétences et l'insécurité d'emploi. De plus, nos résultats indiquent qu'aucun effet d'interaction associé au sentiment de cohésion n'est significatif, ce qui veut dire que le sentiment de cohésion ne joue pas un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque. Notons finalement, que le quatrième modèle d'analyse multiniveaux détient une variation significative entre les individus, puisque le σ_u est significatif.

Pour ce qui est du cinquième et dernier modèle d'analyse multiniveaux, dans lequel nous avons inclus les conditions de l'organisation du travail, les variables contrôles, les traits de personnalité, ainsi que les interactions trouvées significatives dans les modèles précédents, nous constatons que l'ajout de ces variables et de cette interaction modifie l'effet de certaines variables sur la consommation d'alcool à risque. Ainsi, les demandes psychologiques ($b=0,526$, $p<0,05$), le soutien social au travail ($b=-0,055$, $p<0,05$), l'horaire de travail irrégulier ($b=1,810$, $p<0,05$) et l'estime de soi ($b=0,160$, $p<0,01$) deviennent associés de manière significative à la consommation d'alcool à risque. Notons de même que la seule interaction que l'on retrouve dans ce cinquième modèle d'analyse, est l'interaction estime de soi-demandes physiques ($b=-0,028$, $p<0,01$).

2-Consommation de médicaments psychotropes

Le tableau 9 présente les résultats des modèles multiniveaux effectués pour la consommation de médicaments psychotropes.

Tableau9- Résultats des analyses multiniveaux pour la consommation de médicaments psychotropes

	Modèle1	Modèle2	Modèle 3	Modèle 4
Constante	-2,407**	-1,350**	-1,218**	-2,884**
Conditions de l'organisation du travail				
Utilisation des compétences	0,075*	0,049	0,247*	0,120
Autorité décisionnelle	-0,007	0,196	0,099	0,192
Demandes physiques	0,031	-0,066	-0,034	0,036
Demandes psychologiques	0,047	0,114	-0,164	-0,092
Soutien social au travail	-0,033	-0,174	-0,215	-0,055
Insécurité d'emploi	0,008	-0,080	-0,145	0,198
Nombre d'heures travaillées	-0,011**	-0,030	-0,019	-0,016
Horaire de travail (irrégulier)	-0,049	-0,249	0,705	-0,464
Variables contrôles				
Sexe	0,850**	0,853**	0,851**	0,847**
Âge	0,075**	0,075**	0,075**	0,075**
Scolarité	-0,020	-0,019	-0,018	-0,019
Événements de vie stressants (enfance)	0,358**	0,361**	0,359**	0,364**
Statut marital (couple)	-0,063	-0,063	-0,068	-0,060
Revenu du ménage	0,078	0,077	0,079	0,076
Tensions maritales	-0,085**	-0,085**	-0,082**	-0,085**
Tensions parentales	0,026	0,023	0,020	0,018
Statut parental (enfants 0-5ans)	-0,237	-0,236	-0,225	-0,229
Statut parental (enfants 6-11 ans)	0,072	0,073	0,067	0,068
Statut parental (enfants 12-24)	-0,226	-0,224	-0,223	-0,228
Profession (directeur)	-1 029	-1 038	-1 030	-1 006
Profession (superviseur)	-1,820**	-1,826**	-1,817**	-1,795**
Profession (professionnel)	-1,256*	-1,269*	-1,257**	-1,238*
Profession (col blanc)	-1,388*	-1,401*	-1,398*	-1,370*
Profession (col bleu)	-1,881**	-1,888**	-1,892**	-1,863**
Soutien social hors travail	-0,117	-0,114	-0,121	-0,133
Traits de personnalité				
Estime de soi	-0,044*	-0,096	-0,046*	-0,044*
Centre de contrôle interne	-0,091**	-0,092**	-0,151	-0,091**
Sentiment de cohésion	-0,029**	-0,029**	-0,029**	-0,020
Interactions				
Estime de soi- Utilisation des compétences		0,001		
Estime de soi- Autorité décisionnelle		-0,010		
Estime de soi- Demandes physiques		-0,003		
Estime de soi- Demandes psychologiques		0,005		
Estime de soi- Soutien social au travail		0,007		
Estime de soi- Insécurité d'emploi		0,004		
Estime de soi- Nombre d'heures travaillées		0,001		
Estime de soi- Horaire de travail (irrégulier)		0,010		
Centre de contrôle- Utilisation des compétences			-0,009	
Centre de contrôle- Autorité décisionnelle			-0,006	
Centre de contrôle- Demandes physiques			0,011	
Centre de contrôle- Demandes psychologiques			0,003	
Centre de contrôle- Soutien social au travail			0,009	
Centre de contrôle- Insécurité d'emploi			0,008	
Centre de contrôle- Nombre d'heures travaillées			0,000	
Centre de contrôle-			-0,040	

	Modèle1	Modèle2	Modèle 3	Modèle 4
Horaire de travail (irrégulier)				
Sentiment de cohésion- Utilisation des compétences				-0,001
Sentiment de cohésion- Autorité décisionnelle				-0,004
Sentiment de cohésion- Demandes physiques				0,002
Sentiment de cohésion- Demandes psychologiques				0,000
Sentiment de cohésion- Soutien social au travail				0,000
Sentiment de cohésion- Insécurité d'emploi				-0,003
Sentiment de cohésion- Nombre d'heures travaillées				0,000
Sentiment de cohésion- Horaire de travail (irrégulier)				0,007
σ_u	2,427**	2,428**	2,432**	2,428**
X^2 (dl)	1290,59 **, (28)	1286,72 **, (36)	1293,59 **, (36)	1286,46 **, (36,)

Légende (* : $p < 0,05$ et ** : $p < 0,01$)

Il convient de mentionner que le premier modèle d'analyse multiniveaux inclut toutes les variables en lien avec les conditions de l'organisation du travail, les variables contrôles, ainsi que les traits de personnalité, afin de pouvoir estimer l'effet de chacune des variables sur la consommation de médicaments psychotropes. Sur le plan des variables en lien avec les conditions de l'organisation du travail, les résultats obtenus indiquent que seuls l'utilisation des compétences ($b = 0,075$, $p < 0,05$) et le nombre d'heures travaillées ($b = -0,011$, $p < 0,01$) sont associés de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes. Il est également important de noter que l'utilisation des compétences est associée de manière significative et positive à la consommation de ces derniers, alors que le nombre d'heures travaillées y est associé de manière significative mais négative. Ceci veut dire que plus un individu utilise ses compétences dans le cadre de son travail, plus il aura tendance à faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque, alors que plus un individu travaille de longues heures, moins il aura tendance à faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes. Pour ce qui est des variables contrôles, nous constatons que les femmes ($b = 0,850$, $p < 0,01$), l'âge ($b = 0,075$, $p < 0,01$), les événements de vie stressants (enfance) ($b = 0,358$, $p < 0,01$), les tensions maritales ($b = -0,085$, $p < 0,01$), les superviseurs ($b = -1,820$, $p < 0,01$), les professionnels ($b = -1,256$, $p < 0,05$), les cols blancs ($b = -1,388$, $p < 0,05$) ainsi que les cols bleus ($b = -1,881$, $p < 0,001$) sont associés de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes. Notons de même que les femmes, l'âge, ainsi que les événements de vie stressants (enfance) y sont associés de manière positive, alors que les tensions maritales, les superviseurs, les professionnels, les cols blancs ainsi que les cols bleus y sont associés de manière significative, mais négative. Concernant les traits de personnalité, nous constatons que l'estime de soi ($b = -0,044$, $p < 0,05$), le centre de contrôle interne ($b = -0,091$, $p < 0,01$), ainsi que le sentiment de cohésion ($b = -0,029$, $p < 0,01$) sont tous associés de manière significative et négative à la consommation de médicaments psychotropes. Il convient également de noter que le risque de consommation de médicaments psychotropes varie significativement entre les individus (σ_u est significatif).

Passons maintenant aux deuxième, troisième et quatrième modèles d'analyse multiniveaux où l'effet modérateur de chaque trait de personnalité a été examiné afin de pouvoir évaluer si chacun d'eux modère la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Pour ce qui est du deuxième modèle multiniveaux,

nous constatons que l'ajout de l'estime de soi fait perdre l'association significative de certaines variables avec la consommation de médicaments psychotropes. Notamment, l'utilisation des compétences, le nombre d'heures travaillées, ainsi que l'estime de soi. Nos résultats indiquent également qu'aucune interaction n'est associée de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes. Ceci veut dire que l'estime de soi ne joue pas un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Nous constatons de même que ce modèle détient une variation significative entre les individus, puisque le σ_u est significatif.

Quand est-il du troisième modèle d'analyse multiniveaux dans lequel le rôle modérateur du centre de contrôle interne a été pris en considération ? Nous constatons encore une fois que l'ajout du centre de contrôle interne fait perdre la signification de certaines variables avec la consommation de médicaments psychotropes. Notamment, le nombre d'heures travaillées, ainsi que le centre de contrôle interne. Nos résultats indiquent également que le centre de contrôle interne ne modère pas de manière significative la relation entre des conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Notons en dernier lieu que le troisième modèle détient également une variation significative entre les individus, puisque le σ_u est significatif, ce qui veut dire que la consommation de médicaments psychotropes varie entre les individus.

Ceci nous amène au quatrième modèle d'analyse multiniveaux dans lequel le rôle modérateur du sentiment de cohésion a été inclus dans notre analyse. Nous constatons ici aussi, que l'ajout du sentiment de cohésion fait perdre la signification de certaines variables sur la consommation de médicaments psychotropes, telles que l'utilisation des compétences, le nombre d'heures travaillées ainsi que le sentiment de cohésion. Encore une fois, nous constatons que le sentiment de cohésion ne modère pas de manière significative la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. En dernier lieu, il importe de mentionner qu'étant donné qu'aucune interaction significative n'a été identifiée dans les modèles précédents, le cinquième modèle d'analyse n'a pas été effectué.

Maintenant que nous avons établi quelles variables sont associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque ainsi qu'à la consommation de médicaments psychotropes, il serait

fort pertinent de nous questionner sur la force de l'association entre les variables de notre étude et la consommation d'alcool à risque, ainsi que la consommation de médicaments psychotropes. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons procédé à des analyses de rapport de cotes, parce que ces dernières nous permettent d'obtenir un coefficient, qui indique la force de l'association entre chaque variable indépendante et nos variables dépendantes. Le tableau 10 présente les rapports de cotes obtenus (RC) pour la consommation d'alcool à risque, ainsi que pour la consommation de médicaments psychotropes.

Tableau 10- Rapport de cotes pour la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes

Variables	Alcool à risque		Médicaments psychotropes	
	RC	IC 95%	RC	IC 95%
Utilisation des compétences	1,07 *	1,01-1,13	1,08*	1,02-1,14
Autorité décisionnelle	1,07	1,00-1,14	0,99	0,93-1,06
Demandes physiques	1,05	0,96-1,15	1,03	0,94-1,14
Demandes psychologiques	1,69*	1,11-2,57	1,05	0,98-1,12
Nombre d'heures travaillées	1,00	0,99-1,01	0,99**	0,98-1,00
Horaire de travail (irrégulier)	6,11*	1,05-35,72	0,95	0,73-1,24
Soutien social au travail	0,95*	0,90-1,00	0,97	0,91-1,02
Insécurité d'emploi	0,88*	0,79-0,97	1,01	0,91-1,11
Estime de soi	1,17**	1,06-1,30	0,96*	0,92-1,00
Centre de contrôle interne	1,00	0,97-1,04	0,91**	0,88-0,94
Sentiment de cohésion	0,99*	0,98-1,00	0,97**	0,96-0,98
Sexe (femme)	0,40**	0,29-0,55	2,34**	1,71-3,20
Age	0,97**	0,95-0,98	1,08**	1,06-1,10
Revenu du ménage	1,23**	1,09-1,39	1,08	0,95-1,23
Soutien social hors travail	0,76	0,56-1,03	0,89	0,64-1,23
Evènements de vie stressants	1,18**	1,05-1,32	1,43**	1,28-1,61
Statut marital (couple)	0,68*	0,50-0,93	0,94	0,68-1,30
Statut parental (0-5ans)	0,55**	0,41-0,75	0,79	0,57-1,10
Statut parental (6-11ans)	0,95	0,73-1,24	1,07	0,81-1,43
Statut parental (12-24ans)	0,95	0,75-1,21	0,80	0,62-1,03
Tensions parentales	1,14	0,92-1,40	1,03	0,85-1,24
Tensions maritales	0,98	0,94-1,03	0,92**	0,85-1,24
Profession (direction)	0,85	0,25-2,92	0,36	0,11-1,19
Profession (superviseur)	0,79	0,22-2,84	0,16**	0,04-0,59
Profession (professionnel)	0,44	0,13-1,50	0,28*	0,09-0,95
Profession (col blanc)	0,61	0,18-2,07	0,25*	0,08-0,82
Profession (col bleu)	0,92	0,27-3,21	0,15**	0,04-0,52
Scolarité	0,97	0,92-1,01	0,98	0,93-1,03
Estime de soi-demandes physiques	0,97**	0,95-0,99	-	-

Avant de commencer, il est important de souligner que les résultats obtenus à l'aide de nos analyses multiniveaux indiquent que les mêmes variables identifiées comme étant significatives à l'aide de nos modèles multiniveaux, le sont aussi à l'aide de nos rapports de cotes. Concernant la consommation d'alcool à risque, nous retenons l'utilisation des compétences par un travailleur dans le cadre de son travail (RC=1,07) ainsi que les demandes psychologiques imposées sur un travailleur dans le cadre de son travail (RC =1,69) puisque l'intervalle de confiance de ces deux variables ne contient pas la valeur 1, en plus d'être étroit. Or, plus l'intervalle de confiance est étroit, plus il est précis, et donc plus on peut affirmer qu'une variable à l'étude est associée de manière significative à la consommation d'alcool à risque. Ces résultats indiquent également que le niveau d'utilisation des compétences d'un travailleur dans le cadre de son travail augmente son risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque de 1,07 fois, comparé à un travailleur qui n'utilise pas ses compétences dans le cadre de son travail. De même, les demandes psychologiques imposées sur un travailleur augmentent son risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool de 1,69 fois comparé à un travailleur qui n'est pas exposé à des demandes psychologiques dans le cadre de son travail. Notons de même que l'estime de soi augmente le risque de consommation d'alcool à risque de 1,17 fois, le revenu du ménage augmente ce risque de 1,23 fois et les événements de vie stressants de l'enfance augmentent également ce risque de 1,18 fois. De plus, les travailleurs qui font face à un horaire de travail irrégulier consomment 6,11 fois plus d'alcool à risque que ceux qui ne sont pas exposés à un horaire de travail irrégulier.

Inversement, nous constatons que l'insécurité d'emploi diminue de 14% le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque et le sentiment de cohésion diminue ce risque de 1%. Les femmes consomment de l'alcool à risque 150% fois de moins que les hommes, l'âge diminue la consommation à risque de 3%, les travailleurs en couple consomment 47% fois moins que les travailleurs célibataires, et les travailleurs qui ont des enfants âgés de 0-5ans consomment 82% fois moins d'alcool à risque comparés à ceux qui n'ont pas d'enfants dans cette catégorie d'âge. De même, les travailleurs qui bénéficient d'un soutien social au travail consomment de l'alcool à risque 5% fois de moins par rapport à ceux qui n'en bénéficient pas. Enfin, l'interaction entre l'estime de soi et les demandes réduit de 3% la consommation d'alcool à risque.

Pour ce qui est de la consommation de médicaments psychotropes, étant donné qu'aucune interaction n'a été identifiée comme étant significative dans le deuxième modèle d'analyse multiniveaux, nous nous sommes basé sur le premier modèle d'analyse afin de calculer les rapports de cotes.

Nous constatons ainsi que l'utilisation des compétences est associée de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes ($RC=1,08$) puisque son intervalle de confiance ne contient pas la valeur 1, en plus d'être étroit. Ceci veut dire que le niveau d'utilisation des compétences par un travailleur dans le cadre de son travail augmente son risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes de 8%. De même, nos résultats indiquent que les femmes ont 2,3 fois plus de chances de consommer des médicaments psychotropes que les hommes, chaque augmentation d'une année en âge accroît de 8% le risque de consommation de médicaments psychotropes et les événements de vie stressants quant à eux, augmentent le risque de consommation de médicaments psychotropes de 1,43 fois.

Inversement, le nombre d'heures travaillées diminue le risque de consommation de médicaments psychotropes de 1%, les tensions maritales quant à elles, diminuent de 8% le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes, l'estime de soi diminue ce risque de 4%, le centre de contrôle interne diminue ce risque de 9% et le sentiment de cohésion de 3%. Pour ce qui est des professions, nous constatons que comparativement aux cadres supérieurs, les superviseurs ont 6,25 fois moins de chances de consommer des médicaments psychotropes, les professionnels 3,57 fois moins de chances, les cols blancs ont 4,0 fois moins de chances, et finalement les cols bleus ont 6,67 fois moins de chances de consommation de médicaments psychotropes.

En résumé, nos résultats indiquent que cinq variables des conditions de l'organisation du travail sont associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque. Certaines y sont associées positivement (utilisation des compétences, demandes psychologiques, horaire de travail (irrégulier)), alors que d'autres y sont associées négativement (soutien social au travail élevé, insécurité d'emploi). Pour ce qui est des traits de personnalité, l'estime de soi y est associée de manière positive, alors que le sentiment de cohésion y est associé de manière négative. En dernier lieu, nous relevons une seule interaction significative et négative entre l'interaction estime de soi-demandes physiques. Concernant la consommation de médicaments

psychotropes, deux variables des conditions de l'organisation du travail y sont associées de manière significative. Il s'agit de l'utilisation des compétences qui y est associé de manière positive, alors que le nombre d'heures de travail y est associé de manière négative. Concernant les traits de personnalité, nos résultats indiquent que l'estime de soi, le centre de contrôle interne, ainsi que le sentiment de cohésion diminuent le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes.

Le chapitre suivant traitera de la discussion des résultats présentés au chapitre 4.

Chapitre 5- Discussion

Ce cinquième chapitre se divise en quatre sous-sections, dans lesquelles nous aborderons en premier lieu la synthèse de notre démarche scientifique et nous évaluerons en deuxième lieu les hypothèses avancées à la section 2.3 de notre mémoire afin de pouvoir identifier lesquelles sont confirmées et lesquelles sont infirmées. Nous présenterons en troisième lieu, les forces et les limites de notre étude, pour ensuite conclure le chapitre avec des pistes offertes pour les recherches futures.

5.1 Synthèse de la démarche scientifique

À la suite de la revue de littérature que nous avons présentée à la section 1.2 de notre mémoire, nous avons constaté que le travail offre un terrain fertile pour la consommation d'alcool à risque ainsi que pour la consommation de médicaments psychotropes des employés. D'ailleurs, ce qui semble être le problème, est le fait que la consommation d'alcool fait partie intégrante de la société, puisqu'en 2004-2005, les Canadiens ont dépensé \$638,60 pour l'achat d'alcool, ce qui représente \$15 de plus que l'année précédente (Santé Canada, 2006). De même, l'utilisation de médicaments psychotropes occupe une place importante dans le système médical, puisqu'au cours des dix dernières années, les dépenses en médicaments ont augmenté dans une plus grande proportion que l'ensemble des dépenses de la santé (Moisan et al., 2000). Notons de même que certaines études avancent un rôle des traits de personnalité en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Mais cette notion demeurerait tout de même très vague et imprécise, d'où notre intérêt à mieux cerner le rôle des traits de personnalité en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.

Ainsi, à la suite de notre revue de littérature, nous avons formulé notre question de recherche qui visait à examiner le rôle modérateur des traits de personnalité sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. À partir de cette revue de littérature, nous avons établi un modèle d'analyse qui nous a permis de mieux identifier nos variables à l'étude. Notons que nos variables dépendantes sont la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, et nos variables indépendantes sont les conditions de l'organisation du travail qui incluent l'autorité décisionnelle, l'utilisation des compétences, les demandes physiques, les demandes psychologiques, les demandes contractuelles, les relations du travail, ainsi que les gratifications.

Nous avons également inclus trois variables modératrices qui sont l'estime de soi, le sentiment de cohésion ainsi que le centre de contrôle interne. C'est de cette façon, que nous avons pu évaluer si les traits de personnalité jouent un rôle modérateur entre nos variables indépendantes et nos deux variables dépendantes. Il convient également de mentionner que nous avons inclus dans notre modèle d'analyse plusieurs variables contrôles afin de pouvoir isoler leurs effets sur les variables dépendantes, étant donné que l'effet de celles-ci sur les variables dépendantes a déjà été prouvé dans la littérature à date.

Afin de pouvoir réaliser notre étude, nous avons utilisé des données secondaires provenant de l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de statistique Canada. Notre échantillon comporte des personnes âgées de 15 à 55 ans qui étaient à l'emploi au moment du premier cycle de l'enquête, et qui le demeurent par tous les autres cycles. C'est ainsi que nous avons procédé à des analyses descriptives, bivariées, ainsi que multiniveaux afin de pouvoir vérifier les hypothèses avancées dans notre mémoire.

5.2 Évaluation des hypothèses

Notre première hypothèse de recherche (H1.1) avançait que l'estime de soi joue un rôle modérateur entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque. Nous constatons que cette hypothèse est partiellement confirmée, puisque nos résultats indiquent que ce trait de personnalité modère la relation uniquement entre les demandes physiques imposées au travail et la consommation d'alcool à risque du travailleur, alors que les autres variables des conditions de l'organisation du travail ne sont pas modérées par l'estime de soi. D'ailleurs, il est intéressant de noter que les demandes physiques ne sont pas associées de manière directe et significative à la consommation d'alcool à risque, alors que celles-ci sont associées à la consommation d'alcool à risque uniquement lorsque nous prenons en considération le rôle modérateur de l'estime de soi dans notre modèle d'analyse (tel que nous pouvons le constater dans le tableau 8 de nos analyses multiniveaux). Or, nos résultats indiquent tout de même que l'interaction demandes physiques-estime de soi est associée de manière significative et négative à la consommation d'alcool à risque et diminue de 3% les effets des demandes physiques imposées au travail sur la consommation d'alcool à risque des travailleurs. Ceci veut dire qu'un travailleur porteur d'une estime de soi élevée, court un risque plus faible de consommer de l'alcool à risque lorsqu'il est confronté à des demandes physiques au travail, en

comparaison à un travailleur également confronté à des demandes physiques au travail, mais qui possède une estime de soi faible. De même, lorsque nous comparons les résultats que nous avons obtenu à ceux des études antérieures, nous constatons que ceux-ci diffèrent, puisqu'aucune étude à date ne considère le rôle modérateur de l'estime de soi entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque. Ceci rend difficile l'interprétation de nos résultats. Mais nous pouvons tout de même avancer que l'estime de soi permet de protéger les travailleurs face aux conséquences néfastes des demandes physiques imposées au travail, en terme de leur consommation d'alcool à risque.

Passons maintenant à nos autres hypothèses de recherche (H2.1) et (H3.1) qui considèrent respectivement le rôle modérateur du centre de contrôle interne, et du sentiment de cohésion en lien avec la consommation d'alcool à risque des travailleurs. Étant donné que nos résultats multiniveaux n'ont pas identifié de lien significatif entre le centre de contrôle interne et la consommation d'alcool à risque, ainsi qu'entre le sentiment de cohésion et la consommation d'alcool à risque, les hypothèses (H2.1) et (H3.1) doivent être infirmées. D'ailleurs nous constatons que nos résultats vont dans le même sens que les études antérieures effectuées à ce sujet, vu que nous ne trouvons pas dans la littérature à date des études qui ont testé le rôle modérateur du centre de contrôle interne et du sentiment de cohésion entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque.

Ceci nous amène à examiner les hypothèses qui traitent du rôle modérateur des traits de personnalité en lien avec la consommation de médicaments psychotropes. Encore une fois, nos résultats nous amènent à infirmer les trois hypothèses de recherche (H1.2), (H2.2) et (H3.2), puisque les résultats de nos analyses multiniveaux n'indiquent aucun effet significatif concernant le rôle modérateur de l'estime de soi entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes, et pour le rôle modérateur du centre de contrôle interne entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes, ainsi que pour le rôle modérateur du sentiment de cohésion entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Il importe quand même de souligner que la même étude mentionnée plus haut (Moisan et al., 2000) avance un rôle direct entre une faible estime de soi et la consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs. Toutefois, cette étude ne souligne pas un rôle modérateur de l'estime de soi entre les

conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. De plus, même si notre étude n'a pas identifié de rôle modérateur pour le centre de contrôle interne entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes, une étude menée par Trichard et al. (2005) avance que les travailleurs ayant un centre de contrôle interne seraient moins susceptibles au stress, et consommeraient par conséquent moins de médicaments psychotropes. Pour ce qui est de l'estime de soi et du sentiment de cohésion, les résultats de notre étude s'alignent bien avec ceux des études antérieures, puisqu'aucune étude à date ne s'est penchée sur le rôle modérateur du centre de contrôle interne et du sentiment de cohésion entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes.

Concernant le rôle direct des conditions de l'organisation du travail en lien avec la consommation d'alcool à risque, les résultats obtenus à l'aide de nos analyses multiniveaux nous ont permis d'identifier des variables qui y sont associées de manière significative. Il s'agit de l'utilisation des compétences qui s'associe de manière positive à la consommation d'alcool à risque, et augmente de 7% le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque par un travailleur. Aussi, les demandes psychologiques augmentent le risque de consommation d'alcool à risque de 69%, ainsi que l'insécurité d'emploi qui s'associe également de manière significative mais négative à la consommation d'alcool à risque, puisque celle-ci réduit de 14% le risque de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque. De même, les travailleurs confrontés à un horaire de travail irrégulier consomment 611% plus de chance d'avoir une consommation d'alcool à risque, alors que les travailleurs bénéficiant d'un soutien social au travail courent 5% moins de risque de consommation d'alcool à risque. Nous constatons ainsi que les résultats que nous avons obtenu pour l'utilisation des compétences, vont dans le même sens que les études antérieures, qui ont elles aussi avancé que l'utilisation des compétences est associée de manière positive à la consommation d'alcool à risque (Yang et al., 2001 ; Wisner et al., 2005 ; Ames et Janes, 1992 ; Maranda, 1991), et ceci est aussi valable pour les demandes psychologiques (San José et al. 2000b; Wiesner et al. 2005; Parker et Farmer 1988; Frone et al. 1994; Frone 2008), pour l'insécurité d'emploi (House et al., 1986; Head et al., 2004; Kouvonen et al., 2005; Marchand et al., 2006), pour l'horaire de travail irrégulier (Frone, 2006 ; Maranda, 2002; Gordon et al. 1986; Smart,1979), ainsi que pour le soutien social au travail qui s'alignent

avec les résultats de la littérature antérieure (Ames et Janes,1992; Mc Donough, 2000; Neale, 1993 ; Marchand et al. 2006;Yang et al. 2001;Ames et Janes,1992).

Passons maintenant aux variables des conditions de l'organisation du travail en lien avec la consommation de médicaments psychotropes. Les résultats que nous avons obtenus à l'aide de nos analyses multiniveaux, nous ont permis d'identifier que l'utilisation des compétences est associée de manière significative et positive à la consommation de médicaments psychotropes, puisque le fait d'utiliser ses compétences dans le cadre du travail, augmente de 8% le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes, alors que le nombre d'heures travaillées diminue de 1% le risque de faire partie groupe de consommation de médicaments psychotropes. Or, nos résultats ne vont pas dans le même sens qu'une étude menée par Vinet et al., (1989), qui a avancé que le manque d'utilisation des compétences au travail s'associe positivement à la consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs. Notons que le fait d'avoir à constamment développer de nouvelles compétences, et d'adapter ces dernières aux demandes d'un marché en constante évolution pourrait possiblement constituer une grande source de stress pour un travailleur, surtout pour ceux plus âgés. Ainsi, cette source de stress additionnelle pourrait les pousser à consommer des médicaments psychotropes afin de pouvoir mieux supporter ce stress. D'ailleurs, la tertiarisation du marché d'aujourd'hui, et la situation économique difficile pourraient engendrer un stress énorme sur un travailleur, qui doit en même temps développer ses compétences afin de s'assurer de rencontrer les besoins du marché. Pour ce qui est du nombre d'heures travaillées, nous constatons qu'il n'existe pas de consensus chez les études antérieures concernant la relation entre le nombre d'heures travaillées et la consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs. Puisqu'une étude menée par Harling (2009) avance que le nombre d'heures travaillées augmente le risque de consommation de médicaments psychotropes, alors qu'une étude menée par Marchand (2006), avance quant à elle, que le nombre d'heures travaillées diminue le risque de consommation de médicaments psychotropes. Pour ce qui est de notre étude, celle-ci s'aligne avec celle de Marchand (2006). Notons que dans un contexte de précarisation de l'emploi, de turbulence économique et d'instabilité financière, le nombre d'heures travaillées pourrait diminuer le risque de consommation de médicaments psychotropes, puisque plus un travailleur passe de longues heures au travail, plus son salaire sera élevé, et donc moindre sera son stress, et par conséquent, sa consommation de médicaments psychotropes. Notons de même que l'étude menée par Harling

(2009) est basée sur un échantillon spécifique de vétérinaires seulement, ce qui remet en question la validité externe de cette étude, ainsi que la généralisation des résultats à l'ensemble de la population.

Enfin, ceci nous amène aux variables contrôles en lien avec la consommation d'alcool à risque. Nos résultats obtenus à l'aide de nos analyses multiniveaux indiquent que les travailleurs ayant vécu des événements de vie stressants (enfance), ainsi que ceux qui possèdent un revenu de ménage élevé courent respectivement un risque plus élevé de 18% et 23% de faire partie du groupe de consommation d'alcool à risque. D'ailleurs, nous constatons que les résultats que nous avons obtenus en ce qui concerne les événements de vie stressants (enfance) ne vont pas dans le même sens que les études antérieures qui ont examiné ce lien, puisqu'une étude menée par Marchand et al. (2008) n'a pas identifié de lien significatif entre les événements de vie stressants de l'enfance et la consommation d'alcool à risque des travailleurs. Notre résultat suggère que le fait d'avoir vécu des événements de vie stressants dans l'enfance constitue une source de stress importante, et pourrait avoir des répercussions sur un individu pour le reste de sa vie, et expliquer donc par ce même fait sa consommation d'alcool à risque afin de pouvoir supporter ce stress. Notons de même que l'étude menée par Marchand (2008) est basée sur un devis transversal, alors que le devis que nous avons utilisé est longitudinal. Or, le fait de se baser sur un devis transversal pourrait ne pas capter toutes les influences individuelles, vu que les variables ne sont mesurées qu'à un moment précis dans le temps. Pour ce qui a trait au revenu du ménage, il semble que nos résultats s'alignent avec les études antérieures qui ont identifié une association positive entre le revenu familial et la consommation d'alcool à risque des travailleurs (Fukuda et al., 2005 et Marchand et al., 2006).

Inversement, nous constatons que les femmes (150%), l'âge (3%) et les travailleurs en couple (47%), et ceux qui ont des enfants âgés entre 0-5 ans ont une consommation d'alcool à risque plus faible. Nos résultats vont dans le même sens que l'ensemble de la littérature à ce sujet, puisque celle-ci avance que les femmes consomment moins d'alcool à risque que les hommes (Marchand et al., 2003a ; Marchand 2008, Frone, 2003 ; Cohidon et al., 2005 ; De Jonge et al., 2000 et Mc Donough, 2000). Il en est de même pour ces trois catégories qui consomment moins d'alcool à risque: les travailleurs âgés (Kouvonen et al., 2005 ; Frone, 2003 ; Ames et al., 2000), les travailleurs en couple (Marchand, 2008 ; Frone , 2006 ; Kouvonen et al., 2005 ; Mc

Donough, 2000 ; Crum et al., 1995) et les travailleurs qui ont des enfants âgés entre 0 et 5 ans (Thundal et Allebeck, 1998).

Ceci nous amène à examiner les variables contrôles en lien avec à la consommation de médicaments psychotropes.

Notons que nos analyses multiniveaux identifient certaines variables contrôles qui sont associées de manière significative et positive à la consommation de médicaments psychotropes. Il s'agit des travailleurs âgés, ainsi que des travailleurs ayant vécu des événements de vie stressants (enfance). Ainsi, l'âge des travailleurs accroît de 8% le risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes, et les événements de vie stressants de l'enfance augmentent le risque de 43%. Nos résultats indiquent également que les femmes ont un risque 134% plus élevé que les hommes de consommer des médicaments psychotropes. Nous constatons que les résultats que nous avons obtenu vont dans le même sens que l'ensemble de la littérature à ce sujet, puisque plusieurs études ont souligné que les femmes consomment plus de médicaments psychotropes que les hommes (Lapeyre-Mestre et al. (1999); Lapeyre-Mestre (2004); Bancarel et al. (1988); Jacquinet- Salord (1992); Moisan et al. (2000); Harling et al. (2009); Virtanen et al. (2008); Pelfrene et al. (2004); Ngoudo-Mbongue et al. (2005); Matano et al. (2002); O. Bœuf-Cazou et al. (2009); Marchand et al. (2006); Jacquinet-Salord et al. (1992); Moisan et al. (2000); Ngoudo-Mbongue et al. (2005); Lapeyre-Mestre et al. (1999); Moisan et al. (1999); Marchand et al. (2006)), en plus d'avancer que cette consommation de médicaments psychotropes augmente avec l'âge (Jacquinet-Salord et al. (1992); Moisan et al. (2000); Ngoudo-Mbongue et al. (2005); Lapeyre-Mestre et al. (1999); Moisan et al. (1999); Marchand et al. (2006)). Il en est de même pour les travailleurs ayant vécu des événements de vie stressants (enfance), puisque la littérature antérieure a également identifié une association positive entre le fait d'avoir vécu des événements de vie stressants de l'enfance et la consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs (Moisan et al. (2000); Moisan et al. (1999) et Jacquinet Salord et al. (1993).

Inversement, nous constatons que les travailleurs ayant vécu des tensions maritales sont 8% moins à risque de faire partie du groupe de consommation de médicaments psychotropes. Parallèlement, les superviseurs, les professionnels, les cols blancs et les cols bleus consomment entre 3,6 et 6,7 fois moins de médicaments psychotropes que les cadres supérieurs. Concernant

les tensions maritales, nos résultats vont à l'encontre des résultats obtenus par la littérature à date, qui avancent que les tensions maritales s'associent positivement à la consommation de médicaments psychotropes (Nylén et al., (2007) ; O. Boeurf-Cazou et al., (2009), Lapeyre-Mestre et al., (1999)). Il se peut que le fait de souffrir de tensions maritales permette à un travailleur de développer un mécanisme d'adaptation, qui fait en sorte qu'il devienne moins affecté par les problèmes dans son couple, ou encore il se peut que le fait de travailler, offre un moyen d'externaliser le stress généré par des tensions maritales. D'ailleurs, il se peut que les caractéristiques de notre échantillon aient affecté nos résultats, surtout que les études menées par O. Boeurf-Cazou et al. (2009) et Lapeyre-Mestre et al. (1999), sont basées sur un échantillon de travailleurs français, ce qui remet en question encore une fois, la validité externe de ces résultats. Notons de même que l'étude menée par Nylén (2007) se heurte au même problème, puisqu'elle est basée sur un échantillon de travailleurs suédois âgés entre 25 et 64 ans, alors que notre échantillon est basé sur des participants dont l'âge varie entre 15 et 55 ans. Ceci remet en question encore une fois, la validité externe de ces résultats, en ce qui concerne leur généralisation à l'ensemble de la population canadienne. D'ailleurs, le fait de prendre en considération plusieurs variables en même temps, tels que les conditions de l'organisation du travail, les traits de personnalité ainsi que des facteurs socio-économiques, pourrait expliquer cette divergence entre nos résultats, et ceux des études citées plus haut. Notons de même que les résultats que nous avons obtenu concernant les professions à risque de consommation de médicaments psychotropes vont également à l'encontre des résultats des études antérieures, qui ont avancé que les professionnels et les cols bleus seraient plus à risque de consommer des médicaments psychotropes (Collins, (1999) ; Storr et al. (2000) ; Shaw et al (2003) ; Harling et al. (2009); Watts et Short, (1998); Labat et al. (2008)). Or, il est important de mentionner que la plupart des études se heurtent aux mêmes problèmes mentionnés plus haut, en ce qui concerne le fait de se baser sur des professions spécifiques, en plus de se baser sur un devis transversal. Notons que Harling (2009) se base sur un échantillon de vétérinaires, Watts et Short (2004) se basent sur un échantillon de professeurs, Shawn et al. (2003) se basent sur un échantillon de conducteurs de camions en France, Collins (1999) se base sur un échantillon d'infirmières, et Storr et al. (2000) se basent quant à eux sur un échantillon de médecins et d'infirmières. Ainsi, lorsque nous examinons de plus près ces études, nous réalisons que la plupart se basent sur des professions spécifiques, en plus d'utiliser des devis transversaux afin de tirer leurs conclusions.

Alors que notre étude se base sur une large variété de professions qui comprend des cadres supérieurs, des superviseurs, des cols blancs, des cols bleus, des professionnels ainsi que des directeurs, en plus d'utiliser un devis longitudinal, ce qui permet de capter bien plus de subtilités qu'un devis transversal. Toutefois, il importe de mentionner qu'une étude menée par Marchand et al. (2010) arrive aux mêmes résultats que nous, puisque selon cette étude, les superviseurs, les professionnels, les cols blancs et les cols bleus sont moins à risque de consommation de médicaments psychotropes. D'ailleurs, tout comme la nôtre, cette étude utilise un devis longitudinal et comprend un échantillon de personnes âgées de 15 à 55 ans, en plus d'utiliser des modèles multiniveaux de régression.

En conclusion, la problématique de la consommation d'alcool à risque ainsi que celle de la consommation de médicaments psychotropes prend toute son ampleur lorsque nous constatons les répercussions négatives qu'elles engendrent au niveau des individus, ainsi qu'au niveau des organisations (absentéisme, taux de roulement, couts d'assurance, souffrance humaine, etc.). À l'aide de notre mémoire, nous avons constaté que la consommation d'alcool à risque, ainsi que la consommation de médicaments psychotropes trouvent leurs sources à la fois dans les conditions de l'organisation du travail, dans les traits de personnalités des travailleurs, ainsi que dans les facteurs socio-économiques plus larges auxquels est confronté un individu. C'est d'ailleurs, la raison pour laquelle les organisations devraient mettre l'accent sur des politiques de prévention et d'intervention axées sur les conditions de l'organisation du travail, ainsi que sur les traits de personnalité des travailleurs. De même, celles-ci devraient allouer plus de ressources aux individus porteurs d'une faible estime de soi en leur offrant plus d'aide afin d'éviter des comportements de consommation d'alcool à risque. Notons de même que des programmes de formation visant le rehaussement du sentiment de cohésion devraient également être mis en place dans les entreprises afin d'éviter la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes par ces travailleurs. D'ailleurs, des programmes de rehaussement de l'estime de soi, du sentiment de cohésion et du centre de contrôle interne serviraient également à éviter une consommation de médicaments psychotropes. Autrement dit, des politiques de prévention et d'intervention primaires (basées sur les conditions de l'organisation du travail) et secondaires (basées sur l'individu) devraient être mises en place dans les organisations.

5.3 Forces et limites de la recherche

La section qui suit portera sur les forces et les limites de notre étude.

Une force majeure est le fait que très peu d'études jusqu'ici ont examiné le rôle modérateur des traits de personnalité en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. De plus, la littérature qui traite de la consommation de médicaments psychotropes chez les employés est encore dans un état embryonnaire. D'ailleurs, vu les conséquences négatives énormes pouvant être provoquées par la consommation de ce type de médicaments, il est essentiel de mieux cerner ce problème afin d'en permettre une meilleure prise en charge, et surtout afin d'en permettre une meilleure prévention.

De même, notre modèle d'analyse tient compte de plusieurs variables contrôles, ce qui permet de tenir compte de certains facteurs susceptibles d'influencer la relation entre les conditions de l'organisation du travail, les traits de personnalité et la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Ceci permet d'éviter que nos résultats soient contaminés par d'autres facteurs qui n'ont pas été pris en compte dans notre analyse.

Notons de plus, qu'un avantage majeur de notre étude, est le fait que nous utilisons un devis longitudinal et non transversal. Ce qui nous a permis d'établir des relations potentiellement causales entre les variables prises en compte dans notre étude. De plus, le fait de suivre des individus dans le temps, nous a permis de minimiser les erreurs qui découlent de la collecte de données à un seul moment dans le temps.

Mentionnons de même, que plusieurs études qui traitent de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes se basent sur certaines professions (médecins, vétérinaires, infirmières, etc.). Toutefois, celles-ci sont des professions spécifiques qui ne nous permettent pas de généraliser à toute la main d'œuvre canadienne. Encore une fois, notre étude permet de pallier à ce désavantage, puisque nous nous sommes basés sur un échantillon représentatif de la main d'œuvre canadienne, ce qui nous permettra donc de généraliser nos résultats à toute la population canadienne en emploi.

Cependant, notre étude n'est pas sans limites non plus, et celles-ci méritent d'être mentionnées. Notons que la majorité des études qui tiennent compte des traits de personnalité, se basent sur

des méthodes d'auto déclaration, alors que la subjectivité des répondants influence leurs réponses à ces questionnaires. Malheureusement, cette limite est difficile à pallier, et a été à nouveau répliquée dans notre étude.

De plus, le fait que nos données soient basées sur celles de l'ENSP de Statistique Canada, limite notre marge de manœuvre. Ainsi, vu que nous nous sommes basés sur des données secondaires, nous sommes donc limités à ce qui a été recueilli par Statistique Canada. De ce fait, plusieurs variables qui auraient pu être mesurées ne le sont pas. Notons que ces variables incluent d'autres traits de personnalité identifiés dans la littérature mais qui ne sont toutefois pas inclus dans le questionnaire de Statistique Canada (tels que la propension à expérimenter des états d'humeur négatifs, l'impulsivité, la rébellion et la propension à prendre des risques) ainsi que les gratifications, et bien d'autres variables qui auraient pu apporter un éclaircissement à la problématique de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Nous citons le climat organisationnel, la qualité de vie au travail, à quel point le travail permet une conciliation avec la vie familiale, le fait d'aimer ou non son superviseur et ses collègues, le fait d'aimer l'ambiance de travail, à quel point le travailleur se sent intégré au travail, etc. De même, le fait que certains traits de personnalité identifiés dans la littérature n'aient pas été inclus dans l'échantillon de l'ENSP, pourrait potentiellement influencer les réponses des répondants, et donc contaminer les résultats recueillis.

Notons qu'un autre problème que nous relevons, découle du fait que les versions abrégées des échelles de Karasek (1985) qui sont utilisées par l'ENSP, destinées à mesurer l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques, et le soutien social au travail ont malheureusement des consistances internes faibles. Ce qui cause une sous-estimation des effets de ces variables sur la consommation d'alcool à risque, ainsi que sur la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, bien que l'échelle de demande psychologique ait une validité plus limitée, l'échelle mesurant la latitude décisionnelle (utilisation des compétences et autorité décisionnelle) obtient une bonne validité (Brisson et Larocque, 2001). Aussi, une consistance interne modérée de la version abrégée du JCQ dans l'ENSP n'entraîne pas nécessairement un problème important de sensibilité (Wang, 2005). De plus, la fidélité basée sur des mesures répétées obtient des coefficients variant entre 0,68 et 0,86 et la fidélité estimée sur

les professions varie entre 0,58 et 0,88 (Marchand et al, 2006), ce qui est comparable aux valeurs obtenues avec les mesures complètes du JQC (Marchand et al, 2003b).

En dernier lieu, le fait de faire passer le questionnaire aux répondants à tous les deux ans, permet de les suivre dans le temps, cependant, ceci peut engendrer un risque de manquer des variations chez les participants durant les périodes de temps entre les cycles d'études, puisque nous ne savons pas ce qui se passe entre les périodes de collecte de données.

5.4 Pistes de recherches et retombées

Vu que nous avons relevé plusieurs limites dans notre recherche, les études futures devraient tenter de ne pas se heurter aux mêmes limites. Il est important de mentionner qu'une des limites majeures de notre étude, est le fait que nous nous sommes basés sur des données secondaires. Or, le fait de se baser sur ce genre de données, pourrait potentiellement ne pas tenir compte de variables qui sont pourtant importantes pour la compréhension de la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes par les travailleurs. D'où la nécessité de se baser sur des données primaires, puisque celles-ci offrent au chercheur un plus grand contrôle sur les données qu'il mesure.

De plus, nous pensons que d'autres traits de personnalité devraient également être évalués dans le futur, puisque la littérature recensée a identifié plusieurs traits de personnalité qui n'ont cependant pas été mesurés dans cette étude, vu que nous nous sommes basés sur des données secondaires. Nous retenons la propension à expérimenter des états d'humeur négatifs, l'impulsivité, la rébellion et la propension à prendre des risques.

De même, les recherches futures devraient également tenir compte d'autres variables, qui pourraient potentiellement influencer la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, telles que les antécédents psychologiques des employés, ou d'autres facteurs personnels qui pourraient les mettre plus à risque de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Par ce fait, nous croyons, que les recherches futures devraient se pencher plus longuement sur les dossiers personnels de chaque employé, puisque ces derniers pourraient apporter avec eux des expériences passées qui les mettraient plus à risque de mal réagir au stress, et donc de consommer de l'alcool à risque et des médicaments psychotropes afin de pouvoir supporter ce stress.

Notons de même que les études futures devraient suivre les individus à des marges plus fréquentes qu'à tous les deux ans, afin de s'assurer de ne pas manquer les variations dans les états de consommation chez les participants entre ces laps de temps.

Il est également important de mentionner que la nécessité d'instaurer des programmes d'aides aux employés ce fait de plus en plus urgente. D'ailleurs, ces programmes devraient être axés sur les résultats les plus récents, vu que c'est un domaine en constante évolution. De même, le gouvernement devrait sensibiliser les entreprises à cette nécessité, et les inciter à instaurer des programmes de sensibilisation des employés à ce genre de problèmes, jumelés à des programmes de formation, afin de permettre aux employés à risque de mieux réagir au stress au travail. D'ailleurs, les futurs programmes d'aide aux employés devraient tenir compte des variables qui ont été identifiées dans notre étude comme étant associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes. Notons de même, que des programmes de formation devraient être mis en place dans le but de favoriser le rehaussement de l'estime de soi et du sentiment de cohésion, en ce qui a trait à la consommation d'alcool à risque des employés, ainsi que des programmes de formation axés sur le rehaussement de l'estime de soi, du centre de contrôle interne et du sentiment de cohésion, en lien avec la consommation de médicaments psychotropes. Finalement, les entreprises devraient allouer plus de ressources en terme de temps et d'argent, afin d'encadrer ces individus qui sont considérés plus à risque de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, et afin de leur permettre de développer de bonnes stratégies d'adaptation aux stressseurs présents dans un milieu de travail.

Conclusion

Le but principal de ce mémoire était d'examiner le rôle modérateur de l'estime de soi, du centre de contrôle interne et du sentiment de cohésion sur la consommation d'alcool à risque, ainsi que sur la consommation de médicaments psychotropes chez des travailleurs canadiens. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur un échantillon composé de travailleurs à l'emploi provenant de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population (ENSP) de Statistique Canada.

Notons que la problématique de la consommation d'alcool à risque, ainsi que celle de la consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs prend toute son ampleur lorsque nous constatons à quel point le problème est répandu dans les milieux de travail, ainsi que les répercussions qu'elles pourraient engendrer pour les travailleurs, et pour les entreprises. D'où l'importance accrue de bien cerner les déterminants à la base de ces deux comportements. À l'aide de cette étude, nous avons examiné le rôle modérateur de trois traits de personnalité en lien avec la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes, et nous avons constaté que seule l'estime de soi joue un rôle modérateur entre les demandes physiques imposées au travail, et la consommation d'alcool à risque par les travailleurs. L'estime de soi diminue l'impact pathogène des demandes physiques imposées sur un travailleur sur sa consommation d'alcool à risque. D'ailleurs, il s'avère important de préciser que l'estime de soi ne modère pas la relation entre toutes les autres conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque, ni entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation de médicaments psychotropes. Il en est de même pour les autres traits de personnalité, puisque le sentiment de cohésion et le centre de contrôle interne ne modèrent pas la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la consommation d'alcool à risque ainsi que la consommation de médicaments psychotropes. Alors que l'estime de soi, ainsi que le sentiment de cohésion sont associés de manière significative à la consommation d'alcool à risque et l'estime de soi, le sentiment de cohésion et le centre de contrôle interne sont associés de manière significative à la consommation de médicaments psychotropes. De même, nous avons constaté que cinq conditions de l'organisation du travail sont associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque, soit l'utilisation des compétences, les demandes psychologiques, le soutien social au travail, l'insécurité d'emploi et l'horaire de travail irrégulier. Pour ce qui est de la consommation de médicaments psychotropes, nous avons identifié deux

variables des conditions de l'organisation du travail qui y sont associées de manière significative, soit l'utilisation des compétences et le nombre d'heures travaillées.

Ces résultats nous permettent donc de réaliser l'importance du rôle du travail en lien avec la consommation d'alcool à risque, ainsi que la consommation de médicaments psychotropes des travailleurs, en plus, de souligner le rôle modérateur que joue l'estime de soi entre les demandes physiques imposées au travail et la consommation d'alcool à risque. D'ailleurs, cette étude vient compléter les connaissances actuelles, puisqu'aucune étude antérieure n'avait identifié de rôle modérateur de l'estime de soi entre les demandes physiques imposées au travail et la consommation d'alcool à risque des travailleurs.

Les entreprises et les différents acteurs gouvernementaux pourraient mieux prendre en charge ce problème, et limiter ses retombées négatives pour l'individu, en termes de conséquences médicales, sociales ou économiques, ainsi que pour les entreprises (en termes de coûts, absentéismes, souffrances humaines, manque de productivité, etc.). D'ailleurs, ceux-ci devraient mettre plus d'emphase, et allouer plus de ressources aux individus qui ont une faible estime de soi afin de mieux les encadrer en leur offrant des programmes d'aides aux employés. Par ailleurs, comme certaines entreprises sont déjà entrain de payer pour la formation sportive de leurs employés, pourquoi ne pas envisager également une formation visant le rehaussement du centre de contrôle interne et du sentiment de cohésion, puisque ces derniers s'avèrent être des facteurs de protection qui contribuent à des problèmes reliés à la consommation d'alcool à risque, ainsi qu'à la consommation de médicaments psychotropes.

En conclusion, notre étude a permis d'identifier certaines conditions de l'organisation du travail qui sont associées de manière significative à la consommation d'alcool à risque, ainsi qu'à la consommation de médicaments psychotropes. Or, notre étude a également permis de constater que le problème ne trouve pas uniquement sa source dans les entreprises, puisque les traits de personnalité du travailleur jouent également un rôle. D'ailleurs, celle-ci nous a permis d'identifier certaines caractéristiques individuelles et socio-économiques qui ont également un impact sur la consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes des travailleurs. C'est ainsi qu'un modèle basé sur une approche élargie et qui prend en compte le rôle modérateur des traits de personnalité des travailleurs, permet une meilleure compréhension des phénomènes de consommation d'alcool à risque et de médicaments psychotropes des

travailleurs, et permet donc par le fait même, d'établir des politiques de prévention et d'intervention plus efficaces.

Bibliographie

Ames, G.M., Janes, C. (1992). A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace. *Alcohol health and research world*, 16, 112-11

Ames, G. M., Grube, J. W., Moore, R.S. (2000). Social control and workplace drinking norms: A comparison of two organizational cultures. *Journal of studies on alcohol*, 61, 203- 319

Antonovsky, A.G. (1987). Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey- Bass

Appelberg, K., Romanov, K., Honkasalo, M-L., Koskenvuo, M. (1993). The use of tranquilizers, hypnotics and analgesics among 18 592 Finnish adults: associations with recent interpersonal conflicts at work or with a spouse. *Journal of clinical epidemiology*, 46, 1315-1322

Babor TF et al., (2001) Audit, The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care, 2nd edition, Genève, *Organization Mondiale de la santé*.

Bacharach B.S., Bamberger A.P., Sonnenstuhl J.W. (2002). Driven to drink: Managerial control, work related risk factors, and employee problem drinking, *Academy of Management journal*, 45, 637- 658

Bancarel, Y., Blanc, M.P., Charrin, G., Chastan, E., Coldefy, J.F., Cottes, L., Ducap, A., Evrard, P., Galiay, C., Guiraud, J.C., Hotelier, G., Garcia, G., Jansou, P., Ferreira, D., Louis, A., Martin, F., Montastruc, N., Sarda, R., Saint-Pierre, Y. et Montastruc, J.L. (1988). Study of drug consumption in a working environment in France. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 2, 37-46

Beck, F., Legleye S., Maillochon F., De Peretti G. (2008). Le rôle du milieu social dans les usages de substances psycho actives des hommes et des femmes. Regards sur la parité

Belin, J et Monstatruc, J.L. (1990). Étude de la consommation de médicaments du système nerveux central en milieu de travail. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale*, 315, 854-859

Bennet J., O'Donovan D. (2001). Substance misuse by doctors, nurses and other healthcares workers. *Current Opinion in psychiatry*, 3, 195-199

Birch D., Ashton H., Kamali F. (1998). Alcohol, drinking, illicit drug use, and stress in junior house officers in north-east England, *The lancet*, 352

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

Boeuf- Cazou, O., Lapeyre- Mestre, M., Niezborala, M., and Montastruc, J.L. (2009). Evolution of drug consumption in a sample of French workers since 1986: the “Drugs and Work” study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, (in press)

Boyle, M. H., Willms, J.D. (2001). Multilevel modeling of hierarchical data in developmental studies. *Journal of Child psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 141-162

Brisson C, Larocque B. (2001). Validité des indices de demande psychologique et de latitude décisionnelle cité dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995. *Can J Public Health*, 92, 468-74

Cappeliez, P., Landreville, P., Vezina J. (2000). *Psychologie clinique de la personne âgée*. University of Ottawa

Clarke, M, m. Farird, B., Ramaniuk, H. (1990). Occupational risk factors in alcoholism, *Br. J. Addict.*, 85, 1611- 1614

Cohidon, C., Alla, F., Chau, N. and Michaely, J.P. (2005). Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale. *Santé Publique*, 17, 325-38.

Collins R. (1999). Substance use among a regional sample of female nurses. *Drug and alcohol dependence*, 55 ,145- 155

Cox, W. M. (1987). Personality theory and research. In H. T. Blane, K. E. Leonard (Eds), *Psychological theories of drinking and alcoholism*, 55- 89

Crum, R.M., Muntaner, C., Eaton, W.W., Anthony, J.C. (1995). Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19: 3,647-655

Donald S., Wells S., Wild T.C. (1999). Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems. *Drug alcohol abuse*, 25, 351- 369

De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. (2000a). Job strain, effort-reward imbalance and employee well being; a large scale cross sectional study. *Social science and medicine*, 50, 1317-1327

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L. T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.-J. (Eds). (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: WHO Europe

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*, Vol. 47, 20-28

Frone, M. R., Cooper, M. L., Russell, M. (1994). Stressful life events, gender and substance use: An application of tobit regression. *Psychology of addictive behaviors*, 8, 59- 69

Frone, R., Michael. (2003). Predictors of overall and on-the job-substance use among young workers, *Journal of occupational health psychology*, 8, 39- 54

Frone, M.R. (2006). Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: A U.S. national survey. *Journal study of alcohol*, 67: 147-156.

Frone, R., Michael. (2008). Are work stressors related to employees substance use? The importance of temporal context in assessments of alcohol and illicit drug use. *Journal of Applied psychology*, 93, 199- 206

Fukuda, Y., Nakamura, K., Takano, T. (2005). Accumulation of health risk behavior is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health*, 5: 53, 10p.

- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. and Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *Bio Med Central Public Health*, 5, 67
- Goldstein, H., Woodhouse, G. (2001). Modeling repeated Measurements. Multilevel Modeling of Health Statistics, A. H.G.H. Leyland Ed., West Sussex, England: John Wiley & Sons
- Gordon, N. P., Cleary, P.D., Parker, C.E., Czeisler, C. A. (1986). The prevalence and health impact of shift work. *Am. K. Public Health*, 76, 1225 -1228
- Grunberg, L., Moore, S., Greenberg, E.S. (1998). Work stress and problem alcohol behavior: a test of the spillover model. *Journal of organizational behavior*, 19, 487-502
- Harling, M., et al. (2009). Psychosocial stress, demoralization and the consumption of tobacco, alcohol and medical drugs by veterinarians. *J. Occup. Med. Toxicol*, 4
- Head J., Stansfeld SA, Siegrist J., S. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: A prospective study, *Occup Environ Med*, 61, 219- 224
- Hemmingsson, T., Lundberg, I. (1998). Work control, work demands and work social support in relation to alcoholism in young men. *Alcoholism: Clinical and experimental research*. 22, 921-927
- Hepler, C.D., Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533-4
- Houdoyer E., Gay V., Rouzaud G. (2008). Conduites dopantes en milieu professionnel: étude sur un échantillon de travailleurs parisiens, *Thérapie*, 63, 452-462
- International Center for Alcohol Policies (2003), International Drinking guidelines, *ICAP Reports*, 14,
- Jacquinet-Salord, M.C., Lang, T., Fouriaud, C., Nicoulet, I., Bingham, A. (1993). Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 64-6

Kahn, R. L., Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunette., L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 571 -650. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press

Karasek A.R. (1979). Job Demands, Job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign, Cornell University, 24

Karasek, R .A. (1985). Job content questionnaire and user's guide. Lowell, MA: Department of work environment, University of Massachusetts, Lowell

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

Kawakami N., Araki S., Haratani T., Hemmi T. (1993). Relations of work stress to alcohol use and drinking problems in male and female employees of a computer factory in Japan, *Environmental research*, 62, 314-324

Kivimaki, M., Honkonen, T., Wahlbeck, K., Elovainio, M., Pentti, J., Klaukka, T., Virtanen, M. and 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

Kivimaki, 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

Kouvonen A., Kivimaki M. Cox J. S., Poilainen K., Cox T., Vahtera J. (2005). Job strain, effort-reward imbalance, and heavy drinking: A study in 40,851 employees, *Joem*, 47

Kouvonen, A., Oksanen, T., Vahtera, J., Stafford, M., Wilkinson, R., Schneider, J., Vaananen, A., Virtanen, M., Cox, S.J., Pentti, J., Elovainio, M., Kivimaki, M. (2008). Low workplace social capital as a predictor of depression. The Finnish public sector study. *American Journal of epidemiology*, (in press)

Labat, L., Fontaine, B., Delzenne, C., Doublet, A., Marek, M.C., Tellier, D., Tonneau, M., Lhermitte, M. and Frimat, P. (2008). Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in

the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Science International*, 174, 90-94

Lapeyre-Mestre, M., Chastan, E., Louis, A. and 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, 471-8

Lapeyre-Mestre, M., Sulem, P., Niezborala, M., Ngoundo-Mbongue, T.B., Briand-Vincens, D., Jansou, P., Bancarel, Y., Chastan, E. and Montastruc, J.L. (2004). Taking drugs in the working environment: a study in a sample of 2106 workers in the Toulouse metropolitan area. *Therapy*, 59, 615-23

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Leppanen RA, Olkinuora MA. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scand K Work Environ Health* 1987; 13: 1-8

Leverson H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology* 41: 397- 404

Liu, C., Spector, P. E., & Jex, S. M. (2005). The relation of job control with job strains: A comparison of multiple data sources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78 : 325-336.

Loughlin, K.A., Kayson, W. A. (1990). Alcohol consumption and self-reported drinking-related problem behaviors as related to sex, work environments and level of education, *Psych Rep*, 67, 1323- 1328

Maranda M.F (1991). L'effet du travail sur la consommation d'alcool et de drogue dans une usine de pates et papiers, 32, 55-67

Maranda, M-F et Morissette, P. (2002). La problématisation de l'alcool et des drogues en milieu de travail. Dans Harrisson, D., Legendre, C., Santé sécurité et transformation du travail: Réflexions et recherches sur le risque professionnel (79-103). Presse de l'université de Québec

Marchand A., Demers A., Durand. P., Simard M. (2003a). Occupational variations in drinking and psychological distress: A multilevel analysis, *Work*, 21, 153- 163

Marchand A., Demers A., Durand P., Simard M. (2003b). The moderating effect of alcohol intake on the relationship between work strains and psychological distress, *Journal of studies on alcohol*

Marchand, A. (2004). Travail et santé mentale: une perspective multiniveaux des déterminants de la détresse psychologique. *Thèse de doctorat, Université de Montréal: Faculté des études supérieures*

Marchand A., Demers A., Durand P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organizations to the experience of psychological distress, *Social Science & Medicine*, 61, 1-14

Marchand, A., Durand, P., Simard, M., Demers, A. et Collin, J. (2006). Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes: changer d'emploi y est-il pour quelque chose? In: Béret, P., di Paola, V., Giret, J.-F., Grelet, Y. and Werquin, P., (Eds.), *Transitions professionnelles et risques. XIII^{es} journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail*. RELIEF.15, Échanges du Céreq. Aix-en-Provence, France, pp. 91-102

Marchand, A., Demers, A., Durand, P. (2006). Social structures, agent personality and mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian work force, *Human Relations*, 59, 7, 875–901

Marchand A. (2008). Alcohol use and misuse: What are the contributions of occupation and work organization conditions? *Bmc public health*, 8, 33

Marchand A., Blanc M-E. (2010). Chronicité de la consommation de médicaments psychotropes dans la main d'œuvre canadienne: Quelle est la contribution de la profession et des conditions de l'organisation du travail ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58

Matano, R.A., Wanat, S.F., Westrup, D., Koopman, C. and Whitsell, S.D. (2002). Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce. *Journal of Behavioural Health Services and Research*, 29, 30-44

Mausner –Dorsch, H. et Eaton, W. W. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the demand-control model. *American journal of public health*, 2000, 90, 1765- 70

McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. *International Journal of Health Services*, 30, 453-476

Mensh, B. S., Kanal, D. B. (1988). Do job conditions influence the use of drugs? *J. Health Soc. Behavior*, 29, 169-184

Miller, T.R., Hendrie, D. (2005). How should governments spend the drug prevention dollar: A buyer's guide? In: Stockwell, T., Gruenewald, P.J., Toubournou, J.W., and Loxley, W. (Eds). Preventing harmful substance use. The evidence base for policy and practice, Hoboken, 415-431

Moisan J., Bourbonnais R., Brisson Ch., Gaudet M., Veniza M., Vinet A., Regregoire J.P. (1999). Job strain and psychotropic drug among white-collar workers, *Work and stress*, 13, 289-198

Moisan J., Chabot I., Grégoire J.P. (2000). L'usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences.

Neale, D. J. (1993). Work-Based alcohol risks in Alberta: An assessment, Alberta alcohol and drug abuse commission, *Alberta Canada*

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, 81-9.

Nylén, L., B. Melin, and L. Laflamme. (2007). Interference between work and outside-work demands relative to health: unwinding possibilities among full-time and part-time employees. *International Journal of Behavioural Medicine*, 14, p. 229-36

Parker, D.A., Farmer, G.C. (1988). The epidemiology of alcohol abuse among employed men and women. In M. Galanter (Ed). *Recent developments in Alcoholism*, 6, New York: Plenum Press

Parker, D.A., Brody, J.A. (1982). Risk Factors for alcoholism and alcohol problems among employed women and men. In: *Occupational alcoholism: A review of Research Issues*. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services. P.99-127

Pearlin, I., Schooler C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*

Pelfrene, E., Vlerick, P., Moreau, M., Mak, R.P., Kornitzer, M. and 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, 433-42

Ragland, D.R., Greiner, B.A., Krause, N., Holman, B.L., Fisher, J.M. (1995). Occupational and non occupational correlates of alcohol consumption in urban transit operators. *Preventive Medicine*, 24, 634-645

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. *New York: Basic Books*

Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcements. *Psychological monographs*, 80, Whole No. 609

Roxburg, S. (1998). Gender differences in the effect of job stressors on alcohol consumption. *Addictive Behaviors*. 23: 1, 101-107

San José B., Van de Mheen H., Van Oers J.A.M., Mackenback J.P. Garretsen H.F.L. (2000a). Adverse working conditions and alcohol use in men and women, *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 24, 1207- 1213

San José B., Van de Mheen H., Van Oers J.A.M., Mackenback J.P. Garretsen H.F.L. (2000 b). Stressors and alcohol consumption, *Alcohol & Alcoholism*, 35, pp 307-312

Santé Canada. (2006). Stratégie canadienne antidrogue. Santé Canada, disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activist/strateg/drugs-drogues/index_f.html, page consultée le 6 Mai 2009

Santé Canada. (2007). Les drogues, faits et méfaits. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/straight_facts-faits_mefaits/become_problem-quand_problems-fra.php, page consultée le 21 Janvier 2009

- Seamon, F. J. (1981). The etiology of problem drinking in the workplace. Drug alcohol and drug use. *J. Stud. Alcohol* 39, 725-736
- Seaman, M., Seeman, A.Z., Budros A. (1988). Powerlessness, work and community: A longitudinal study of alienation and alcohol use. *Journal of health and social behavior*, 29, 185-198
- Shaw F.M., McGovern P. M., Angres H., D., Rawal P. (2003). Physicians and nurses with substance use disorders, *Journal of advanced nursing*, 47, 561- 571
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1: 27-41
- Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godim I., Marmot M., Niedhammer I., Peter R. (2004). The measurements of effort-reward imbalance at work: *European Comparisons*, 58, 1483-1499
- Sinokki, M., et al. (2008). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study, *Journal of Affective Disorders*, (in press)
- Smart R.G. (1979). Drinking problems among employed, unemployed and shift workers, *J. Ocup. Med*, 21
- Sorensen G, Pechaceck, T, Pallonen U. (1986). Occupational and work-site norms and attitudes about smoking cessation. *Am J Public Health*, 76: 544-549
- Spyckerelle, Y., Petit, J.C., Deschamps, J.P. et Gueguen, R. (1987). Relations avec le vécu du travail dans une population féminine. *Archives des maladies professionnelles*
- Sterud T., Polit C., Hem E., Ekeberg O., Lau B. (2007). Occupational stress and alcohol use: A study of two nationwide samples of operational police and ambulance personnel in Norway, *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68, 896-904
- Storr C., Trinkoff A., Hughes P. (2000). Similarities of substance use between medical and nursing specialties. *Substance use and misuse*, 35, 1443- 1468

- Thundal K.L., Allebeck P. (1998). Abuse and dependence on alcohol in Swedish women: Role of education, occupation and family structure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 445 -450
- Tabachnick, B., G., Fidell, L., S. (2007). Using multivariate statistics, 5th edition. *Boston: Allyn and Boston*
- Traweger, C., Kinzl, J.F., Traweger- Ravanelli, B. and 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
- Trichard, A., Danel, T., Sobaszek, A. (2005). Épuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers. *Alcoolologie et Addictologie* 27, 303-8
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Yoshimura, M., Sawada, M., Ishikawa, S., Sakaim K., Gotoh, T., Nago, N. and the Jichi medical school cohort study group. (2003). Association between job characteristics and health behaviors in Japanese rural workers. *International journal of behavior medicine*. 10, 125-142
- Van der Doef, M., Maes, S. et Dieskstra. (2000). An examination of the job demand-control-support model with various occupational strain indicators. Anxiety, stress and coping: *An international journal*, 13, 165- 85
- Vinet, A., Vézina, M., Brisson, C. et Bernard, P.-M. (1989). Piecework, repetitive work and medicine use in the clothing industry. *Social Science and Medicine*, 28, 1283-1288
- 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
- Wang J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med*, 35, 865-71

Watts, D.W., Short, A.P. (1990). Teacher drug use: a response to occupational stress. *Journal of Drug Education*, 20, 47-65

Wheaton. (1999). Social stress dans C.S. Aneshensel. J. C. phelan (dir). *Handbook of sociology of mental health* (pp.277-300). New York: kluwer Academic & Plenum publishers

Wiesner, M., Windle, M., Freeman, A. (2005). Work stress, substance use, and depression among young adult workers: An examination of main and moderator effect models. *Journal of occupational health psychology*, 10, 83-96

Yang, MJ., Yang, MS., Kawachi, I. (2001). Work experience and drinking behavior: alienation, occupational status, workplace drinking subculture and problem drinking. *Public health*, 155, 265-271