

Université de Montréal

**La comorbidité de l'épuisement professionnel et de la  
consommation de substances psychoactives**

par

Véronique Dansereau

École de relations industrielles

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)  
en Relations Industrielles

Mars, 2013

© Véronique Dansereau, 2013

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

La comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances  
psychoactives

Présenté par :  
Véronique Dansereau

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Alain Marchand, président rapporteur  
Nancy Beauregard, directrice de recherche  
Vincent Rousseau, membre du jury



## Résumé

L'objectif principal du présent mémoire réside dans l'exploration des liens concomitants existant entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel telles que définies par Maslach (1981) et la consommation de substances psychoactives, plus précisément au niveau de la consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et de la consommation de médicaments psychotropes. À partir d'un échantillon composé de 1809 travailleurs provenant de 83 milieux de travail québécois, des profils-types correspondant à des formes particulières de comorbidité de santé mentale au travail sont identifiés grâce à la méthode d'analyse en classes latentes.

Ainsi quatre profils-types sont dégagés: un premier regroupant les individus dits «sains», dont les scores aux différentes dimensions de l'épuisement professionnel sont faibles et dont la consommation de substances psychoactives est modérée; deux autres correspondant à des formes intermédiaires de risques; et un quatrième rassemblant des travailleurs dits «fragiles» dont les scores pour chacune des dimensions de l'épuisement professionnel se situent dans le quintile le plus élevé et dont les probabilités de consommation de substances psychoactives sont grandes.

De plus, cette recherche s'est penchée sur l'identification de facteurs de risque et de protection associés à chacun des profils-types. À cet effet, les résultats des analyses corroborent la plupart des associations retrouvées au sein de la littérature quant aux facteurs du travail (composantes des modèles du stress professionnel de Karasek et Theorell (1990) ainsi que de Siegrist (1990)), hors travail (statut matrimonial, obligations parentales, revenu du ménage) et certaines caractéristiques individuelles (âge et genre). De faibles récompenses et un fort degré de surinvestissement de la part de l'individu se révèlent être des facteurs de risque particulièrement significatifs pour les formes intermédiaires et à risque de comorbidité de la santé mentale au travail. Dans une moindre mesure, une faible utilisation des compétences, des demandes psychologiques élevées, un soutien social inadéquat et le jeune âge expliquent une part de la variation observée entre les différents

profils-types. Enfin, les résultats soutiennent une conceptualisation tridimensionnelle de l'épuisement professionnel.

**Mots-clés** : épuisement professionnel, épuisement émotionnel, cynisme, inefficacité professionnelle, alcool, médicaments psychotropes, comorbidité, classes latentes, facteurs de risque, facteurs de protection

## Abstract

The main objective of this master is to explore the concurrent associations between two phenomena related to stress, burnout and the use of psychoactive substance. Particularly, this research focuses on the three dimensions of burnout as defined by Maslach (1981), on two hazardous alcohol patterns consumption, binge drinking and weekly alcohol abuse, and on psychotropic drugs utilization. From a sample of 1809 workers issued from 83 workplaces in Quebec, typical profiles corresponding to different forms of comorbidity are identified with the use of latent class analysis.

Four typical profiles were identified. The first one referred to “healthy” individuals who presented the lowest scores for the three dimensions of burnout without misuse of any psychoactive substances. Two more groups corresponded to intermediate health risk forms of comorbidity patterns. The fourth one was composed of “fragile” workers, with the highest burnout scores and the highest probabilities for misusing alcohol and psychotropic drugs.

In addition, this research identified some risk and protective factors associated with each profiles. Multivariate analyses results corroborated most associations found in the occupational stress literature on organizational work conditions (model components of occupational stress developed by Karasek and Theorell (1990) and Siegrist (1996)), non-work determinants (marital status, parental status and household income), and on individual characteristics (age and gender). Low rewards and high overcommitment appeared as particularly significant risk factors for the intermediate and severe forms of comorbidity. Low skills utilization, low social support at work, high psychological demands and a young age explained to a lesser extent part of the variation observed between the comorbidity profiles. Results supported a three-dimensional conceptualization of burnout.

**Key words:** burnout, emotional exhaustion, cynicism, professional inefficiency, alcohol, psychotropic drugs, comorbidity, latent class analysis, risk factors, protective factors

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 - L'OBJET DE LA RECHERCHE ET LA REVUE DE LITTÉRATURE .....</b>	<b>6</b>
1.1 - L'objet de la recherche .....	6
1.2 - L'état des connaissances.....	8
1.2.1 - Le stress et ses effets sur la santé mentale.....	8
1.2.2 - L'épuisement professionnel.....	11
1.2.2.1 - Le modèle tridimensionnel de Maslach (1981).....	13
1.2.3 - La consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes .....	16
1.2.4 - La comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.....	18
1.2.4.1 - Santé mentale et consommation de substances psychoactives.....	18
1.2.4.2 - Alcool et épuisement professionnel.....	20
1.2.4.3 - Médicaments psychotropes et épuisement professionnel.....	24
1.2.5 - Les modèles théoriques du stress professionnel.....	25
1.2.5.1 - Le modèle Demande/Contrôle de Karasek (1979).....	26
1.2.5.2 - Le modèle Demande/Contrôle/Soutien de Karasek et Theorell (1990).....	32
1.2.5.3 - Le modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses de Siegrist (1996).....	35
1.2.5.4 - Le modèle Demandes-Ressources de Demerouti et ses collaborateurs (2001).....	37
1.2.5.5 - Autres modèles .....	40
1.2.6 - Les déterminants de la santé mentale et de l'adoption de comportements à risque chez le travailleur .....	41
1.2.6.1 - Autres facteurs du travail.....	43
1.2.6.2 - Facteurs hors travail .....	45
1.2.6.3 - Facteurs individuels.....	47
1.3 – Synthèse des connaissances .....	54
<b>CHAPITRE 2 – PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE CONCEPTUEL .....</b>	<b>61</b>
2.1 - La problématique de la recherche.....	61
2.2 - Le modèle conceptuel.....	63
2.3 - Les hypothèses de recherche .....	67
<b>CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>76</b>
3.1 - Plan d'observation .....	76
3.2 - Définition et opérationnalisation des concepts.....	78
3.2.1 - Variables dépendantes .....	79
3.2.1.1 - Épuisement professionnel.....	79

3.2.1.2 - Consommation d'alcool.....	81
3.2.1.3 - Consommation de médicaments psychotropes.....	82
3.2.2 - Variables indépendantes.....	83
3.2.2.1 - Latitude décisionnelle.....	83
3.2.2.2 - Soutien social au travail.....	84
3.2.2.3 - Demandes contractuelles et psychologiques.....	85
3.2.2.4 - Efforts et récompenses.....	86
3.2.2.5 - Facteurs hors travail et facteurs individuels.....	88
3.3- Plan d'analyse.....	90
3.3.1 - La préparation des données.....	90
3.3.2 - L'analyse descriptive.....	90
3.3.3 - Les analyses bivariées.....	90
3.3.4 - Les analyses multivariées : l'analyse en classes latentes.....	91
3.3.4.1 - Objectifs et concepts de base.....	92
3.3.4.2 - Détermination du nombre de classes.....	94
<b>CHAPITRE 4 – RÉSULTATS.....</b>	<b>97</b>
4.1 - Préparation de la base de données aux analyses.....	97
4.2 - Résultats des analyses préliminaires.....	99
4.2.1 - Résultats des analyses univariées.....	99
4.2.2 - Résultats des analyses bivariées.....	104
4.3 - Résultats des analyses multivariées.....	108
4.3.1 - Identification du modèle en classes latentes retenu.....	109
4.3.2 - Description de la composition des classes latentes : vers une typologie de la santé mentale au travail.....	112
4.3.3 - Associations entre la typologie de la comorbidité en santé mentale au travail et ses profils de risques.....	115
<b>CHAPITRE 5 – DISCUSSION.....</b>	<b>119</b>
5.1 - Synthèse de la démarche scientifique.....	119
5.2 - Discussion des résultats de la recherche.....	121
5.2.1 - Typologie de la comorbidité en santé mentale chez les travailleurs.....	122
5.2.2 - La présence de risques différentiels selon la typologie de la comorbidité en santé mentale.....	124
5.2.3 - Les risques spécifiques associés à deux types de comorbidité en santé mentale au travail : le cas des travailleurs «sains» et des travailleurs «fragiles».....	131
5.3 - Forces et limites de la recherche.....	133
5.4 - Implications pour la recherche.....	137
5.5 - Implications pratiques.....	139
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>141</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>144</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>160</b>

## Liste des tableaux

<b>TABLEAU 1</b> – Synthèse de la revue de littérature.....	57
<b>TABLEAU 2</b> – Hypothèses de recherche .....	68
<b>TABLEAU 3</b> – Variable dépendante : épuisement professionnel .....	81
<b>TABLEAU 4</b> – Variable dépendante : consommation d'alcool .....	82
<b>TABLEAU 5</b> – Facteur du travail: latitude décisionnelle.....	84
<b>TABLEAU 6</b> – Facteur du travail: soutien social au travail .....	85
<b>TABLEAU 7</b> – Facteurs du travail : demandes .....	86
<b>TABLEAU 8</b> – Facteurs du travail : efforts et récompenses .....	88
<b>TABLEAU 9</b> – Facteurs hors travail et individuels.....	89
<b>TABLEAU 10</b> – Sommaire des analyses descriptives univariées .....	100
<b>TABLEAU 11</b> – Sommaire des analyses bivariées .....	105
<b>TABLEAU 12</b> – Critères diagnostiques permettant de déterminer le nombre de classes latentes .....	110
<b>TABLEAU 13</b> – Taux de prévalence et probabilités d'appartenance à chacune des classes .....	113
<b>TABLEAU 14</b> – Rapports de chances et leurs intervalles de confiance de 95% pour le modèle en classes latentes.....	116

## Liste des figures

<b>FIGURE 1</b> - Modèle Demande/Contrôle de Karasek (1979) .....	28
<b>FIGURE 2</b> - Modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses de Siegrist (1996) .....	36
<b>FIGURE 3</b> - Modèle Demandes-Ressources de Demerouti et coll. (2001).....	39
<b>FIGURE 4</b> - Modèle conceptuel .....	64
<b>FIGURE 5</b> - Modèle en classes latentes .....	93

## Liste des acronymes

APA : American Psychiatric Association

ATC : Classification anatomique, thérapeutique et chimique

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

C : Cynisme

CBI : Copenhagen Burnout Inventory

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EE : Épuisement émotionnel

EP : Efficacité professionnelle

ENSP : Enquête nationale sur la santé de la population

EQCOTESST : Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail

ERTSM : Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale

ESCC : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes

ESSQ : Enquête sociale et de santé du Québec

JCQ : Job Content Questionnaire

JD-R : Job Demand-Resource

MBI : Maslach Burnout Inventory

OIT : Organisation internationale du travail

OLBI : Oldenburg Burnout Inventory

OMS : Organisation mondiale de la santé

RC : Rapport de chances

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible sans l'aide et le soutien précieux de ma directrice de recherche, Nancy Beauregard. Merci de m'avoir lu maintes fois et d'avoir su, à chaque fois, proposer des modifications constructives. Votre grande disponibilité ainsi que vos encouragements ont grandement facilité cette année de rédaction.

Je tiens également à remercier les membres de l'Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale (ERTSM) de l'Université de Montréal qui m'ont offert un réel soutien et un environnement de travail agréable et inspirant.

Je souhaite remercier les membres de mon jury, Messieurs Alain Marchand et Vincent Rousseau, qui ont contribué à enrichir cette recherche par leurs commentaires imprégnés d'une expertise considérable en santé mentale au travail.

Ce mémoire de maîtrise a bénéficié d'un appui financier important qui fût apprécié. Je remercie particulièrement l'ERTSM, le Conseil du patronat du Québec ainsi que l'École de relations industrielles de l'Université de Montréal à cet égard.

Je désire exprimer toute ma reconnaissance à ma famille et mon conjoint, qui m'ont épaulée et incitée à persévérer. Un merci particulier à Louis-Patrick d'avoir agrémente mes longues journées de rédaction par une course de fin d'après-midi ou une partie de squash. Je pense également à Amélie et à ma sœur expatriée, Catherine, qui m'ont remonté le moral dans les moments les plus critiques. Enfin, je te remercie Mathieu pour le bonheur que tu m'as apporté à chaque jour et d'avoir su ponctuer cette dernière année de plusieurs moments magiques.

## Introduction

Le travail occupe une place centrale dans l'existence humaine. À l'origine créateur de richesse, dorénavant vecteur d'un statut, de relations sociales, de compétences et de reconnaissance, le travail est devenu un facteur essentiel à l'insertion sociale dans notre société contemporaine (de Gaulejac, 2011). Support à l'émancipation de l'individu, il peut également devenir un lieu d'aliénation. Or, le balancement semble constant entre ces deux pôles. Les mutations profondes et structurelles que subit actuellement le travail tendent à provoquer un déséquilibre le faisant tanguer vers son pôle négatif, soit le travail perçu comme une source de souffrance (de Gaulejac, 2011).

En effet, la course effrénée vers les gains de productivité, de flexibilité et de rentabilité qui a marqué la dernière moitié du XX<sup>e</sup> siècle semble avoir plongé plusieurs travailleurs en crise. Ce glissement progressif vers une intensification du travail, des rythmes de production et des cadences a transformé les habitudes de travail (Vinet, 2004). Devant ces demandes environnementales croissantes, les individus multiplient leurs efforts et consacrent davantage de leur temps au travail. Ils font face à cette pression inégalée à leurs dépens en usant continuellement de leur capacité d'adaptation. Le stress en milieu professionnel, réponse non spécifique de l'organisme à des demandes environnementales, semble à un certain niveau tolérable (Morin & Aubé, 2007). Cependant, lorsqu'il devient chronique ou particulièrement intense, il peut engendrer plusieurs conséquences négatives et mêmes fatales, tant pour les travailleurs que pour les organisations (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). À cet égard, il a été démontré que le stress chronique ainsi que certaines caractéristiques du travail peuvent contribuer au développement de certains désordres psychologiques tels l'épuisement professionnel, la dépression ou la détresse psychologique (Marchand & Durand, 2011a). La consommation de substances psychoactives, c'est-à-dire de substances qui agissent sur le système nerveux central et qui altèrent le comportement de l'individu (Organisation Mondiale de la Santé, 1995), serait également associée au stress vécu. Cette dernière s'apparenterait selon certains auteurs à une stratégie d'adaptation permettant d'y pallier (Frone, 1999). Le stress vécu au travail peut donc être hautement délétère pour les individus.

L'intérêt pour le stress au travail est d'autant plus pertinent qu'il affecte négativement de plus en plus d'individus (Brun, Lamarche, & Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, 2009b). L'état de la situation, tant à un niveau mondial que canadien, démontre la pertinence de s'attarder à celui-ci et à ses conséquences. En 2010, environ 27% des répondants de l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC)* âgés de quinze ans et plus (sur un échantillon de plus de 65 000) estimaient que la plupart de leurs journées étaient assez ou extrêmement stressantes (Statistiques Canada, 2011). De plus, les résultats de cette même enquête précisaient en 2005 dans son volet québécois que plus de 37% de la main-d'œuvre évaluait son niveau de stress au travail quotidien comme étant élevé (Bordeleau & Traoré, 2007).

À l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT), cinq des dix plus grandes causes d'invalidité au travail étaient liées à la santé mentale au travail. Parmi celles-ci se retrouvaient l'abus d'alcool et l'alcoolisme (Gabriel, 2000). À ce propos, environ 17% de la population canadienne avait déclaré, en 2010, avoir bu plus de cinq verres d'alcool lors d'une même occasion de façon répétée au cours des douze mois précédant l'enquête (Statistiques Canada, 2011), ce qui constituait une consommation abusive selon les normes établies (Bondy *et al.*, 1999). De plus, selon l'*Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST)* (Vézina, Cloutier, Stock, Lippel, & Fortin, 2011) constituée d'un échantillon représentatif de travailleurs québécois (n= 5071), près du tiers des répondants connaissaient un niveau modéré à élevé de détresse psychologique en 2008 et environ 12% d'entre eux mentionnaient avoir éprouvé des symptômes dépressifs reliés, dans la majeure partie des cas, au travail. Dans le cadre de cette même enquête, 11% des répondants faisaient aussi usage régulièrement de médicaments psychotropes, autre indicateur de la santé mentale des travailleurs (Vézina *et al.*, 2011). Étonnamment, bien que cette problématique ne soit pas nouvelle en soi chez les individus canadiens ou québécois, aucune enquête représentative de la main-d'œuvre canadienne ou québécoise n'a permis à ce jour d'établir la prévalence de l'épuisement professionnel. Par contre, dans les pays européens où les données sont disponibles, l'épuisement professionnel constitue un phénomène répandu dont la

prévalence est sensiblement élevée (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Par exemple, selon le *Dutch Labour Force Survey*, l'épuisement professionnel touchait près de 9% de la main-d'œuvre néerlandaise en 2009 et frôlait les 13% en 2011 (Statistics Netherlands, 2011).

Le stress au travail constitue également un fardeau de taille pour les organisations et la société. Réduction de la productivité, absentéisme, diminution de l'engagement, de la satisfaction et de la performance au travail composent quelques-unes des conséquences résultant du stress vécu (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004; Brun, Biron, & St-Hilaire, 2009a). D'ailleurs, pour les employeurs canadiens, le coût des absences liées au stress était évalué à 14,4 milliards en 1998 (Stephens & Joubert, 2001) avant de croître pour atteindre les 16 milliards de dollars cinq ans plus tard (Brun *et al.*, 2009a). Il frôlait même les 35 milliards lorsque le présentéisme était considéré (Brun *et al.*, 2009b). De plus, ces divers troubles de santé mentale au travail ainsi que le stress en général ont donné lieu au Canada à de nombreuses demandes d'invalidité à long terme de la part de plusieurs individus (40% des demandes y seraient reliées) (Peters & Mesters, 2007). Devant l'aggravation de ces chiffres, il est d'autant plus nécessaire de continuer à investir temps et efforts dans les cadres d'intervention existants en vue de les améliorer et de les cibler davantage. Dans une visée préventive, il importe ainsi de s'attarder aux principaux facteurs de risque présents tant dans les milieux de travail qu'à l'extérieur de ceux-ci susceptibles d'expliquer la prévalence de certains troubles psychiques (Beauregard, Marchand, & Blanc, 2011). Il appert enfin d'autant plus important d'analyser la cooccurrence de ces divers troubles pour la santé mentale, cette dernière pouvant rapprocher l'individu du bord du gouffre étant donné les fortes probabilités de complications au niveau du traitement et des impacts psychosociaux sévères subséquents (Swendsen & Merikangas, 2000).

Dans cette foulée, le présent mémoire se concentrera sur l'étude particulière de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives, plus précisément de la consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et de la consommation de médicaments psychotropes. La littérature actuelle reconnaît une

étiologie distincte pour chacun de ces trois troubles (Blanc & Marchand, 2010; Frone, 2008; Maslach *et al.*, 2001). Chacun est attribuable, dans une certaine proportion, à des facteurs du travail, tels les demandes psychologiques, la latitude décisionnelle ou le soutien social (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Frone, 2008; Grunberg, Moore, & Greenberg, 1998; Moisan *et al.*, 1999). Dans une moindre mesure, les recherches empiriques récentes ont identifié l'apport des facteurs hors travail (par ex., le réseau social ou les obligations familiales) et des caractéristiques individuelles (par ex., l'âge, le genre ou les traits de personnalité) comme pistes d'explication complémentaires aux facteurs de risque et de protection du milieu de travail bien documentés (Beauregard *et al.*, 2011; Cunradi, Chen, & Lipton, 2009; Marchand, Durand, & Demers, 2006). Or, à ce jour, peu d'études considèrent simultanément ces trois types de facteurs (du travail, hors travail et individuels) pour expliquer l'épuisement professionnel ou la consommation de substances psychoactives. Pourtant, le milieu de travail ou les caractéristiques individuelles ne seraient pas la cause unique de ces maux chez la main-d'œuvre. De plus, malgré le fait que plusieurs facteurs déterminants se recoupent, la plupart des recherches analysent ces trois troubles de façon indépendante, sans étudier leur comorbidité, soit la «cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique» (Organisation Mondiale de la Santé, 1995, p. 25).

À la lumière de ces considérations, la démarche de recherche guidant notre mémoire comporte une double visée : 1) élucider les liens concomitants sous-tendant la comorbidité entre l'épuisement professionnel, la consommation épisodique excessive ou hebdomadaire à risque d'alcool et l'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs; et 2) identifier la contribution relative des facteurs du travail, hors travail et individuels permettant d'expliquer la comorbidité entre ces trois troubles.

Pour ce faire, l'organisation du mémoire s'articulera autour de cinq chapitres. Dans un premier chapitre, l'objet de la recherche et l'état des connaissances sur les différents déterminants de la santé mentale du travailleur en lien avec la comorbidité entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives (c.-à-d., la

consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation hebdomadaire d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes) sont proposés. Une synthèse critique dégagant les limites de la littérature relative à notre sujet d'étude conclut le premier chapitre. Dans un second chapitre, nous dégageons la problématique de la recherche et le modèle conceptuel à partir duquel nos hypothèses ont été formulées. Le troisième chapitre pose les critères méthodologiques, c'est-à-dire l'opérationnalisation des différents concepts retenus, le plan d'observation ainsi que le plan d'analyse, afin de valider de manière empirique les hypothèses dégagées. Les résultats des différentes analyses statistiques réalisées sont exposés dans un quatrième chapitre. Enfin, le dernier chapitre comporte une interprétation des différents résultats obtenus en lien avec les hypothèses de recherche établies. Les forces et les limites sont également discutées et des pistes pour des recherches futures et le milieu pratique sont enfin avancées.

# **Chapitre 1 - L'objet de la recherche et la revue de littérature**

La pertinence de l'étude de la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives ayant bien été établie par les différentes statistiques et faits saillants présentés en introduction, le premier chapitre circonscrit tout d'abord l'objet de la recherche. Ensuite, il dégage les divers concepts en lien avec le phénomène étudié retrouvés au sein de la littérature scientifique et introduit plusieurs modèles théoriques offrant des pistes d'explication. Pour terminer, il offre une critique succincte et un résumé des principaux résultats des écrits recensés.

## **1.1 - L'objet de la recherche**

Devenu l'élément principal de l'organisation de la vie pour bien des personnes, le travail impose des rythmes de travail, des habitudes et des contraintes. Source de plaisir pour certains, il est générateur de souffrance pour d'autres (de Gaulejac, 2011). Le stress en milieu de travail, résultant de l'intensification du travail et de conditions d'emploi de plus en plus contraignantes (de Gaulejac, 2011), demeure, lorsqu'il est contrôlé et temporaire, tolérable (Meijman & Mulder, 1998). Toutefois, lorsqu'il devient chronique, il est susceptible d'engendrer d'importants désordres psychologiques et comportements à risque délétères et destructifs (Vézina & Institut de la statistique du Québec, 2008). Les conséquences sont d'autant plus néfastes dès lors où deux psychopathologies sont retrouvées chez le même individu dans un même laps de temps (Organisation Mondiale de la Santé, 1995). Dans un tel contexte, il convient de s'intéresser aux troubles de santé mentale vécus par les travailleurs ainsi qu'à leur cooccurrence et d'en déceler les principales causes.

Les statistiques évoquées en introduction démontrent l'ampleur de l'état de la situation dans les économies industrialisées quant à trois des troubles de santé mentale associés au stress, soit l'épuisement professionnel, la consommation épisodique excessive ou hebdomadaire à risque d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes. À cet égard, l'objectif principal de la présente recherche est d'approfondir les connaissances

relativement à leur cooccurrence. Dans un premier temps, nous désirons déterminer si cette comorbidité existe et le cas échéant, si elle se représente sous différentes formes (par ex., la consommation de médicaments psychotropes s'associant avec une dimension particulière de l'épuisement professionnel). De manière concrète, nous cherchons à explorer dans quelles mesures des profils-types de l'état de santé mentale distinguent certains groupes de travailleurs. Dans un second temps, nous désirons dépasser le stade de la simple énonciation des prévalences proposé par certaines études sur la comorbidité en tentant de circonscrire les facteurs explicatifs associés à chacune des formes de comorbidité retrouvées. Un tel exercice soulève des questions d'intérêt : l'apport des facteurs du travail dans l'explication de cette comorbidité est-il important? Quels sont les facteurs hors travail et les caractéristiques individuelles propres à chacun des profils-types identifiés?

L'état de santé mentale des travailleurs influence la santé organisationnelle. Diminution du rendement, perte d'efficacité, hausse du taux d'absentéisme et diminution de la satisfaction au travail ne sont que quelques exemples de conséquences parmi tant d'autres (Brun *et al.*, 2009a). En termes de portée pour le milieu pratique, la présente étude permettra aux gestionnaires et aux professionnels des ressources humaines de prendre conscience de la possibilité d'une cooccurrence de divers troubles psychiques et de comportements à risque chez un même travailleur. Cette conscientisation favorisera la mise en place d'interventions adaptées à la situation de l'employé. Également, déterminer les facteurs de risque et de protection propres à chacune des formes de comorbidité retrouvées permettra au gestionnaire d'identifier ceux présents dans son milieu de travail. Il pourra agir, à un niveau préventif, à la source même du problème en éliminant ou en modulant les caractéristiques de l'environnement du travail dommageables pour l'individu. Quant à la portée du présent mémoire au sein de la communauté scientifique, il contribuera certainement à l'avancée des connaissances dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. En effet, le phénomène de comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives est encore méconnu et la littérature à son égard est pratiquement inexistante ou sommaire. Ainsi, la contribution de la présente recherche se situe à plusieurs niveaux. S'insérant dans le champ d'études des relations industrielles, les interrogations soulevées sont à l'origine d'un intérêt marqué pour la santé des travailleurs et par le fait même, des organisations.

## **1.2 - L'état des connaissances**

Cette section vise à dresser le cadre théorique dans lequel s'insère le présent mémoire. À cet effet, une recension des écrits spécifiques au phénomène de la comorbidité entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives sera accomplie afin de poser les associations existantes entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel, la consommation épisodique excessive et à risque d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes. Cette revue de littérature aura également pour but de dégager les facteurs (du travail, hors travail et individuels) pouvant expliquer cette comorbidité.

Pour arriver à nos fins, dans un premier temps, nous nous référerons à l'approche transactionnelle du stress proposée par la psychologie en vue de mettre en exergue le phénomène de comorbidité étudié et d'élucider ses antécédents et conséquences. Dans un second temps, nous nous concentrerons spécifiquement sur trois manifestations du stress que sont les trois troubles à l'étude, soit l'épuisement professionnel, la consommation d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes. De cette façon, nous pourrions les lier à la sphère du travail. Puis, dans un troisième temps, nous déterminerons la nature et les différentes formes de comorbidité recensées au sein de la littérature quant à l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives. La présentation de modèles théoriques classiques du stress professionnel, dans un quatrième temps, permettra de dégager certains facteurs explicatifs du stress professionnel et conséquemment, de ses manifestations. Subséquemment, nous pourrions identifier des facteurs du travail susceptibles de contribuer à l'explication du phénomène de comorbidité étudié. Dans un cinquième temps, un examen des facteurs hors travail et de diverses caractéristiques personnelles liés à la santé mentale au travail sera accompli. Pour terminer, une synthèse critique des connaissances recensées sera présentée.

### **1.2.1 - Le stress et ses effets sur la santé mentale**

Le travail peut constituer une souffrance et même un fardeau pour certains individus (de Gaulejac, 2011). Les demandes issues de l'environnement de travail peuvent en effet conduire au stress et celui-ci à diverses psychopathologies (Vézina & Institut de la statistique du Québec, 2008).

Réponse de l'organisme non spécifique, le stress, d'un point de vue psychosocial, résulte d'une relation dynamique entre l'individu et les demandes environnementales, les ressources sociales et individuelles dont il dispose et sa perception de cette relation (Lazarus & Folkman, 1984). Le stress est en fait un processus transactionnel au terme duquel l'individu adopte des stratégies d'adaptation pour faire face à un déséquilibre perçu entre les exigences de l'environnement et les ressources qu'il peut mobiliser. Ainsi, tant des facteurs environnementaux (par ex. des événements de vie ou la profession) que des facteurs individuels (par ex. des caractéristiques psychologiques) se situent à l'origine du stress vécu. Inévitable, le stress génère une tension au niveau psychique s'avérant positive ou négative, selon la capacité d'adaptation de l'individu. Effectivement, les demandes environnementales peuvent être perçues comme un défi stimulant dans la mesure où les capacités adaptatives de l'individu lui permettent de gérer efficacement ces demandes. À l'opposé, un déficit au niveau de ces mêmes capacités peut entraver la négociation des demandes environnementales et donc conférer un caractère négatif à l'évaluation de la situation et par le fait même, provoquer une tension psychique négative (Meijman & Mulder, 1998). Vécue de façon chronique et prolongée, cette tension psychique négative peut s'exprimer au travers de plusieurs symptômes non pathologiques et manifestations psychiques, telles les tensions musculaires ou la dépression (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). D'un point de vue biologique, les suites d'une exposition chronique au stress s'expliquent par l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. En effet, cet axe comprend un ensemble d'organes sécrétant deux principales hormones, les glucocorticoïdes (le cortisol) et les cathécolamines (l'adrénaline et la noradrénaline), qui lorsque leur taux est élevé dans le sang, entraînent différents troubles émotifs, de l'attention, de mémoire et d'apprentissage (Lupien *et al.*, 2002; Marchand & Durand, 2011b).

Enfin, lorsque les demandes environnementales sont issues spécifiquement du milieu de travail, le processus transactionnel impliqué renvoie au stress professionnel (Jex, Beehr, & Roberts, 1992). Face à celui-ci, les réponses déployées par l'individu peuvent se traduire en trois psychopathologies fréquemment rencontrées chez la main-d'œuvre, soit l'épuisement professionnel, la détresse psychologique et la dépression (Vézina & Institut de la statistique du Québec, 2008).

La distinction entre ces trois psychopathologies s'avère difficile étant donné le chevauchement de plusieurs de leurs symptômes. Ainsi, quelques précisions sur la nature de ces phénomènes s'avèrent nécessaires. Phénomène large, la détresse psychologique est une manifestation pré-pathologique annonciatrice de diverses morbidités psychiques telles que la dépression et l'anxiété. Ce trouble n'est donc pas une maladie comme telle, mais bien l'expression d'un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux non spécifiques répartis sur un continuum de temps (Marchand, Demers, & Durand, 2005b). Quant à la dépression, elle se distingue nettement des deux autres psychopathologies, car elle seule constitue une maladie reconnue par l'*American Psychiatric Association* (APA) dont le diagnostic comporte des critères référencés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision 4 (DSM IV-Tr: American Psychiatric Association, 2000)*. L'épuisement professionnel n'est considéré comme une maladie mentale que dans certains pays européens tels les Pays-Bas et la Suède (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009b). De plus, la dépression peut être la résultante de l'épuisement professionnel alors que l'inverse s'avère improbable. En effet, alors que l'épuisement professionnel se limite à la sphère du travail puisqu'il y est intrinsèquement lié, la dépression est susceptible de faire écho à plusieurs aspects de la vie du travailleur dont sa santé physique et ses relations familiales (Bakker & Schaufeli, 2000). L'épuisement professionnel se différencie des deux autres manifestations par son attribution directe à un lieu spécifique, c'est-à-dire à la situation de travail. Les instruments de mesure généralement utilisés pour l'évaluation de l'épuisement professionnel s'appuient effectivement sur la prémisse que ce trouble de l'adaptation est spécifiquement lié à l'interaction entre l'individu et les composantes de son milieu de travail (Maslach *et al.*, 2001). Enfin, malgré le partage d'une grande part de la variance entre l'épuisement professionnel et la dépression (jusqu'à 26%), l'étude de Schaufeli et d'Enzmann (1998) confirme l'existence distincte de ces deux troubles et leur développement parallèle. La validité discriminante des instruments psychométriques mesurant ces deux manifestations subséquentes au stress a également été vérifiée (Leiter & Durup, 1994).

Au niveau des substances psychoactives, quelques auteurs attribuent une partie de la consommation d'alcool ou de psychotropes aux demandes issues de l'environnement de travail (Frone, 1999). Le paradigme aliénation/stress professionnel, retrouvé dans la

littérature depuis les années 1990 (Ames & Janes, 1992), suggère que la consommation d'une substance est une stratégie d'adaptation déployée par l'individu permettant de faire face au stress professionnel. En fait, les individus, confrontés à des demandes environnementales contraignantes, font usage de substances psychoactives afin de pallier au stress et aux émotions négatives (Grunberg *et al.*, 1998). Également, le paradigme se concentre sur les conditions de travail, elles-mêmes susceptibles d'aggraver ou de favoriser la consommation de substances psychoactives (par ex., horaires alternants, travail de nuit et tâches répétitives). Dans ce cas-ci, le travailleur utilisera la substance psychoactive comme moyen de défense pour fuir ou atténuer la réalité déplaisante ou aliénante (Maranda, 2002). Toutefois, il subsiste une certaine ambiguïté quant aux liens exacts entre la consommation de substances psychoactives, les conditions de travail et le stress professionnel puisque les caractéristiques individuelles des travailleurs, tels la personnalité et le bagage génétique, joueraient une importante part dans cette association (Sterud, Hem, Ekeberg, & Lau, 2007).

En somme, le paradigme stress, stresser et manifestations subséquentes de santé mentale appert pertinent pour bien distinguer le phénomène à l'étude, soit la comorbidité. À ce jour, peu d'études considèrent le stress comme un phénomène intermédiaire, s'attardant plutôt à l'étude des effets directs des stresser sur la santé mentale des travailleurs (Beauregard, 2010). Dans les sections suivantes, nous préciserons les différentes composantes retenues pour notre démarche de recherche, c'est-à-dire l'impact des stresser issus de l'environnement de travail et leur contribution concomitante dans l'explication de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes.

### **1.2.2 - L'épuisement professionnel**

Manifestation intrinsèquement reliée à la sphère du travail, l'épuisement professionnel (*burnout*) est apparu dans la littérature scientifique au cours des années 1970, bien que le phénomène ait été identifié bien avant par les praticiens (Maslach *et al.*, 2001). Considéré comme un problème social, plusieurs auteurs ont fait couler l'encre depuis pour tenter de circonscrire le concept, d'en comprendre ses causes et d'établir des moyens de prévention et d'intervention.

Malgré le fait que le phénomène est conventionnellement reconnu, il n'existe pas de consensus scientifique universel de la définition précise de l'épuisement professionnel (Cox, Tisserand, & Taris, 2005; Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). Cependant, la vaste majorité des écrits sur le sujet se réfère à des termes semblables pour décrire ce phénomène. Ainsi, de manière générale, l'épuisement professionnel se traduit par une manifestation d'ordre psychologique en réaction à une exposition chronique aux demandes environnementales issues spécifiquement du milieu de travail (Halbesleben & Buckley, 2004). Cette définition large englobe toutefois d'autres psychopathologies, telles la détresse psychologique et la dépression, qui se différencient de l'épuisement professionnel. À cet égard, Maslach, une auteure dont les écrits ont exercé une grande influence historiquement au sein de la littérature, énonce cinq éléments distinctifs de l'épuisement professionnel : (a) la prédominance de symptômes traduisant un malaise psychique tels que la fatigue, l'épuisement et la dépression, (b) une prépondérance des symptômes psychologiques plutôt que physiques, (c) des symptômes associés au milieu de travail, (d) l'apparition de symptômes chez des individus n'ayant vécu aucune psychopathologie auparavant et finalement, (e) une réduction de la performance au travail résultant de comportements et d'attitudes négatifs (Maslach *et al.*, 2001). De cette distinction se dégagent trois dimensions clés propres à l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité professionnelle (Maslach & Jackson, 1981). Ainsi, la plupart des recherches empiriques utilisent ces trois dimensions, bien que des conceptualisations à une ou deux dimensions aient émergé au cours des dix dernières années (Demerouti *et al.*, 2001; Kristensen *et al.*, 2005). D'ailleurs, une revue systématique de quarante-cinq articles traitant de l'épuisement professionnel illustre la prépondérance dans les études d'une conceptualisation tridimensionnelle et révèle un support empirique important pour cette dernière (Worley, Vassar, Wheeler, & Barnes, 2008).

L'épuisement professionnel est donc un phénomène complexe résultant de l'interaction entre l'individu et son milieu de travail. Bien que multiples, certaines demandes environnementales issues du milieu de travail pouvant expliquer une partie du phénomène ont été identifiées à l'aide de modèles théoriques classiques (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996) et contemporains (Bakker *et al.*, 2004; Demerouti *et al.*, 2001) du stress professionnel. Globalement, l'épuisement professionnel

proviendrait d'un état de déséquilibre entre l'individu et son environnement de travail, que ce soit par l'entremise d'un déséquilibre perçu entre les demandes (élevées) et les ressources (faibles) (Bakker & Demerouti, 2007) ou par un conflit de valeurs (Maslach *et al.*, 2001). Face à ces déséquilibres, l'individu tentera en vain de s'adapter aux réalités contraignantes de son travail, ce qui le conduira à un sentiment d'épuisement général, de cynisme, d'inefficacité et à une diminution de l'engagement au travail (Maslach *et al.*, 2001).

### 1.2.2.1 - Le modèle tridimensionnel de Maslach (1981)

Validée empiriquement, la conceptualisation tridimensionnelle de l'épuisement professionnel définie par Maslach et Jackson (1981) demeure largement utilisée malgré le débat actuel sur la pluralité des dimensions de l'épuisement professionnel (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Schaufeli *et al.*, 2009b).

L'*épuisement émotionnel* est la manifestation patente du syndrome de l'épuisement professionnel. Lorsque vécu, l'individu fera d'emblée référence à l'épuisement émotionnel pour décrire sa situation. En fait, cette dimension renvoie à des réactions directes au stress professionnel, c'est-à-dire à un sentiment de débordement émotionnel constant, l'asthénie chronique, la perception d'avoir épuisé l'ensemble de ses ressources et l'anxiété (Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Greenglass, 2001). Décrivant la relation subsistant entre l'individu et son travail, le *cynisme* se caractérise par une distanciation, un désengagement et des sentiments négatifs envers son travail ou les destinataires dans le cas des emplois en relation d'aide. Le cynisme constitue un mécanisme de réponse à des demandes environnementales excessives, particulièrement en situation d'épuisement et de découragement (Maslach *et al.*, 2001). Enfin, conséquence directe des deux autres dimensions ou se développant parallèlement (Shirom, 2003), le *sentiment d'inefficacité professionnelle* réfère à l'auto-évaluation négative que fait l'employé de son travail, à cette perception de la perte de ses compétences ou de la réduction de sa productivité. Notons toutefois que plusieurs auteurs ont questionné le rôle joué par l'efficacité professionnelle dans l'explication de l'épuisement professionnel puisque peu d'associations significatives ont été constatées avec les autres dimensions (Bakker *et al.*, 2004). De plus, alors que l'épuisement émotionnel et le cynisme ont tous deux été reliés significativement à divers

comportements organisationnels tels la satisfaction et l'engagement au travail, les recherches empiriques n'ont révélé aucune association entre le sentiment d'inefficacité et ces mêmes phénomènes (Halbesleben & Buckley, 2004).

Bien que l'épuisement émotionnel se situe au cœur de l'épuisement professionnel et qu'il en constitue une composante constitutive, il demeure insuffisant pour caractériser l'ensemble du phénomène. En effet, l'épuisement professionnel est défini à la fois par un haut niveau d'épuisement émotionnel, un cynisme marqué et un sentiment d'efficacité professionnelle réduit (Maslach *et al.*, 2001). Malgré le fait que les trois dimensions n'exercent pas le même poids, il appert important de les considérer toutes trois, chacune interagissant avec les autres et expliquant une partie du phénomène. D'ailleurs, plusieurs recherches empiriques recensées révèlent des facteurs causals propres à chacune des dimensions.

Selon les hypothèses avancées par Leiter et Maslach (1988), l'épuisement professionnel se développerait de manière séquentielle, où chacune des dimensions réfère à une phase particulière. Ainsi, l'épuisement émotionnel mènerait à une attitude cynique, qui lorsque celle-ci persiste, entraînerait un sentiment d'inefficacité professionnelle. Plusieurs recherches empiriques concluent à l'existence de liens séquentiels entre l'épuisement émotionnel et le cynisme (Demerouti *et al.*, 2001). Toutefois, les liens entre le cynisme et la réduction du sentiment d'efficacité professionnelle demeurent, à l'heure actuelle, mal définis et trouvent peu de support dans la littérature (Maslach *et al.*, 2001). Ainsi, les auteurs proposent plutôt un développement parallèle et simultané du sentiment d'inefficacité professionnelle par rapport aux deux autres dimensions.

Une pluralité d'instruments ont été élaborés en vue de mesurer empiriquement l'épuisement professionnel. Actuellement, un seul instrument de mesure, le *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Maslach, Jackson, & Consulting Psychologists, 1986), permet d'observer simultanément les trois dimensions telles qu'elles ont été définies par Maslach et Jackson (1981). Retrouvé sous plusieurs formes adaptées aux différentes professions (dont notamment le *MBI- Human Services Survey*, *-General Survey* ou *-Educators Survey*), le *MBI* et ses qualités psychométriques ont été validés à maintes reprises (Taris, Schreurs, & Schaufeli, 1999; Worley *et al.*, 2008). D'ailleurs, la conceptualisation tridimensionnelle ainsi que le *MBI-GS* demeurent invariant dans le temps selon une étude longitudinale

réalisée récemment (Mäkikangas, Häätinen, Kinnunen, & Pekkonen, 2011). Cet instrument regroupe trois échelles interdépendantes correspondant à chacune des dimensions élaborées par Maslach (1981). L'épuisement professionnel est alors défini par l'obtention d'un score élevé à chacune des échelles (Schaufeli *et al.*, 2009b). Afin de distinguer les cas d'épuisement professionnel des cas «normaux», le manuel du MBI propose d'établir la fréquence de distribution des scores pour chacune des dimensions et de différencier les résultats faibles, de ceux moyens et élevés selon les tertiles (Maslach *et al.*, 1996). Cependant, cette technique, basée sur la distribution statistique de l'échantillon, est variable. En vue de se doter d'un critère externe, certains seuils ont été déterminés dans la littérature (voir: Brenninkmeijer & VanYperen, 2003): par exemple, s'inspirant du diagnostic de neurasthénie (l'équivalent de l'épuisement professionnel sévère selon l'*International Classification of Disease* (World Health Organization, 2010)), Schaufeli et ses collaborateurs (2001) utilisent le critère «*exhaustion+1*» établissant que les cas d'épuisement professionnel sont ceux caractérisés par un score élevé obtenu à l'échelle d'épuisement émotionnel et à une autre des deux autres échelles.

D'abord observé parmi les professions en relation d'aide, notamment chez les infirmiers et les travailleurs sociaux (Freudenberger, 1974; Maslach & Pines, 1977), l'épuisement professionnel a été généralisé récemment à l'ensemble des contextes de travail (Demerouti *et al.*, 2001; Maslach *et al.*, 1996) et même à l'extérieur du lieu de travail (Kristensen *et al.*, 2005). À cet égard, les résultats d'une étude réalisée auprès de 4 000 employés du système de santé ontarien (Leiter & Schaufeli, 1996) supportent la validité des différentes dimensions du *MBI-GS* pour les multiples professions analysées (personnel paratechnique et de métiers, personnel de bureau et professionnels de l'administration, techniciens de la santé et infirmiers).

Il est à noter que deux autres conceptualisations gagnent en popularité : celle de Kristensen (2005) mesurée par le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) et celle de Demerouti (1999) dont l'instrument de mesure est le *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI). Ne se limitant plus qu'à la situation des individus en emploi, l'épuisement professionnel, tel que défini par Kristensen (2005), réfère à un état de fatigue et d'épuisement général. L'auteur fait la distinction entre le degré général d'épuisement vécu par la personne (épuisement personnel), la part de ce dernier rattachée à la sphère du travail (épuisement

professionnel) et celle liée au travail avec des clients (*client-related burnout*). L'*OLBI* inclut, quant à lui, deux dimensions, l'épuisement et le désengagement, qui apparentent respectivement l'épuisement émotionnel et le cynisme définis par Maslach (1981). Certes, l'*OLBI* couvre les aspects émotionnels, mais également ceux cognitifs et physiques de l'épuisement (Demerouti *et al.*, 2001).

En somme, les conceptualisations de l'épuisement professionnel de même que leur instrumentation respective demeurent intrinsèquement liées. Ainsi, le phénomène d'épuisement professionnel semble varier selon l'interprétation qu'en ont les différents chercheurs (Shirom, 2005). Toutefois, étant donné la suprématie exercée au sein de la littérature par le modèle tridimensionnel (Maslach & Jackson, 1981) et sa validité empirique, nous retiendrons celui-ci pour mener à terme la présente recherche.

### **1.2.3 - La consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes**

Au sein de la littérature, il existe une ambiguïté bien apparente quant à la définition exacte de la consommation abusive d'alcool et de médicaments psychotropes. Les mesures utilisées pour déterminer cette consommation diffèrent d'une étude à l'autre, rendant difficile la comparaison et les conclusions générales. Par exemple, certaines recherches mesurent la consommation d'alcool selon le nombre de verres par semaine (par ex.: Marchand, Parent-Lamarche, & Blanc, 2011; McNeill, 1996) alors que d'autres utilisent le nombre de gramme d'éthanol pur absorbé par jour (par ex.: Harling, Strehmel, Schablon, & Nienhaus, 2009; Kouvonen *et al.*, 2006). D'autres encore font référence aux troubles de consommation définis en vertu du DSM-IV (par ex.: Ballenger *et al.*, 2011; Burns & Teesson, 2002). En ce qui a trait aux médicaments psychotropes, plusieurs études se concentrent uniquement sur une catégorie (par ex., sédatifs versus antidépresseurs). Aux fins de ce mémoire, nous examinons la consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation hebdomadaire à risque d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes définie selon la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) (World Health Organization, 1994).

Une consommation d'alcool à risque peut être dévastatrice pour l'individu et entraîner plusieurs répercussions au niveau physique, psychologique, économique et social.

À cet égard, notons plusieurs pathologies au niveau gastro-intestinal (par ex., cirrhose du foie, gastrite, pancréatite), neuro-musculaire (par ex., cardiomyopathie et myopathie) et du système nerveux (dégénérescence) ainsi que plusieurs cancers (par ex., de l'œsophage, du larynx, de l'estomac et du sein) (Rehm *et al.*, 2006). À l'heure actuelle, il n'y a pas de définition commune précise de ce que constitue une consommation d'alcool à risque puisque les risques pour la santé varient à différents degrés selon les caractéristiques individuelles. Cependant, peu importe l'individu, les risques d'atteinte à la santé augmentent selon le nombre de consommations de façon quasi-linéaire (Bondy *et al.*, 1999). Les individus consommant d'une manière comportant des risques élevés (par ex., de façon chronique) sont également davantage enclins aux méfaits de l'alcool (Rehm *et al.*, 2006). Pour les fins de la présente étude, nous retenons la définition conventionnellement rencontrée de la consommation d'alcool épisodique excessive, soit cinq boissons alcoolisées pour les hommes et les femmes consommées lors d'une même occasion (Courtney & Polich, 2009; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994). Touchant un peu plus de 17% de la population canadienne, ce patron de consommation relativement courant sous-tend plusieurs conséquences négatives au niveau individuel (dont le syndrome alcoolo-foetal, le coma éthylique, l'hypertension et les comportements sexuels à risque) ainsi qu'un coût social important (par ex. conduite en état d'ébriété, violence, vandalisme et diminution de la productivité économique) (Courtney & Polich, 2009). De plus, le comité de référence canadien recommande une consommation d'alcool modérée hebdomadairement, c'est-à-dire ne dépassant pas les dix verres pour les femmes et les quinze verres pour les hommes (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis, & Stockwell, 2011). Ainsi, nous retenons également cette dernière définition, l'excès de cette norme étant considérée comme une consommation hebdomadaire d'alcool à risque.

Disponibles sous ordonnance médicale, les médicaments psychotropes sont des drogues qui agissent directement sur le comportement des individus en le modifiant ou en altérant leurs pensées et leurs sensations. Bien qu'ayant certaines répercussions au niveau physique, ils altèrent principalement l'esprit et les sens. De façon générale, ces médicaments sont utilisés pour traiter les symptômes de certains troubles psychologiques telle la dépression. L'OMS a réparti à quelques reprises déjà, à l'aide de la classification anatomique, thérapeutique et chimique, les différents médicaments retrouvés sur le marché

selon différentes catégories (World Health Organization, 1994). Ainsi, antidépresseurs, tranquillisants, anticonvulsants, certains analgésiques et antipyrétiques, anxiolytiques et sédatifs composent la liste de médicaments inclus sous le vocable «psychotropes». Des effets secondaires, tels des pertes de mémoire, l'ataxie, un sentiment de vertige et la somnolence, ont été associés à leur usage (Lavigne & Bourbonnais, 2010).

### **1.2.4 - La comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives**

En partie conséquents du stress vécu au travail, l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives ont été liés à une exposition à des demandes environnementales se recoupant. Malgré cette concordance, les recherches empiriques se penchant sur la comorbidité entre la consommation de médicaments psychotropes, d'alcool et l'épuisement professionnel demeurent à un stade préliminaire. Y a-t-il bel et bien une cooccurrence de ces manifestations du stress professionnel chez la main-d'œuvre? Afin d'y répondre, nous aborderons d'abord de façon synthétique une problématique plus générale, soit la comorbidité de la consommation de substances psychoactives (c.-à-d. alcool ou psychotropes) et d'un trouble de santé mentale. Ensuite, nous nous concentrerons sur notre problématique spécifique en réalisant une revue de la littérature sur la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes.

#### **1.2.4.1 - Santé mentale et consommation de substances psychoactives**

La définition générale de la comorbidité réfère à la cooccurrence de deux psychopathologies dans un même laps de temps (Organisation Mondiale de la Santé, 1995). À ce jour, plusieurs études empiriques ont examiné et ainsi confirmé la cooccurrence de la dépression ou de pathologies anxieuses et d'un trouble relié à la consommation de substances psychoactives chez les individus dont une des deux maladies est traitée (Brown, Inaba, Gillin, Schuckit, & et al., 1995; Burns & Teesson, 2002). Toutefois, plusieurs recherches publiées sur ce sujet comportent un biais potentiel considérable : réalisées auprès d'échantillons cliniques composés d'individus suivant un traitement, la comorbidité retrouvée dans ces études est possiblement loin de refléter la réalité de populations non cliniques (Burns & Teesson, 2002). En effet, la fréquence de la cooccurrence de deux

pathologies au sein d'un échantillon composé d'individus en cours de traitement est plus grande que celle observée chez la population générale (Berkson, 1946 cité par Burns & Teesson, 2002).

Afin de contrer cette dernière limite, la plupart des recherches actuelles se concentrent sur l'étude de la population générale. Ainsi, analysant les données provenant du *National Survey of Mental Health and Well Being (NSMH&WB)*, une étude transversale réalisée auprès de plus de 10 500 Australiens dévoile qu'un peu plus du tiers (37%) des répondants atteints d'un trouble de la consommation présentaient également une seconde psychopathologie dans les douze mois précédant l'enquête (troubles affectifs rapport de chances (RC)= 3,6; troubles anxieux RC= 3,3) (Burns & Teesson, 2002). Dans les faits, les répondants atteints d'un trouble relié à l'alcool (consommation abusive ou dépendance) représentent 6% de l'échantillon et conséquemment, ceux présentant une comorbidité environ 2%. L'enquête américaine *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* ayant sondé près de 43 000 répondants révèle quant à elle qu'environ un cinquième des personnes atteintes de certains désordres psychologiques relatifs à la consommation de substances psychoactives (soit environ 9,3%) avaient également souffert, au cours de l'année précédente, de troubles dépressifs (donc, près de 2%) (Grant *et al.*, 2004). De façon spécifique, des rapports de chance (*odds ratio*) de 2,8 pour les troubles affectifs et de 1,9 pour les troubles anxieux ont été retrouvés. Ainsi, le phénomène de comorbidité de la consommation de substances psychoactives et de diverses psychopathologies dont la dépression est bien établi et reconnu.

Une double pathologie recèle généralement plusieurs difficultés au niveau de la réhabilitation des personnes atteintes. En effet, la cooccurrence complique le plan de traitement et l'atteinte de résultats vers le recouvrement de la santé. Au niveau psychosocial, les impacts semblent plus sévères pour les individus présentant une comorbidité (Kessler *et al.*, 1997; Swendsen & Merikangas, 2000). Conséquemment, ces derniers utilisent davantage les services de santé que ceux atteints d'une seule pathologie (RC=8,2) (Burns & Teesson, 2002). Ces difficultés montrent l'importance de miser sur la prévention de la comorbidité.

#### 1.2.4.2 - Alcool et épuisement professionnel

À ce jour, la relation entre la consommation d'alcool et l'épuisement professionnel est imprécise et peu définie. Plusieurs études se penchant sur la question fondent leurs hypothèses sur l'idée avancée par Frone (1999) quant à l'existence d'éléments médiateurs affectant directement la relation entre le stress vécu au travail et la consommation de substances psychoactives. Ainsi, partant de l'hypothèse d'un effet médiateur de l'épuisement professionnel sur l'association entre le stress professionnel et la consommation d'alcool, modèle qui a été validé (Chen & Cunradi, 2008), ces études tentent de dégager les raisons (le pourquoi et le comment) poussant l'individu à consommer plutôt qu'à simplement établir une relation causale entre un environnement de travail stressant et une augmentation de l'usage de substances psychoactives.

L'étude menée par Cunradi et ses collaborateurs (2003) auprès des opérateurs (n=993) œuvrant au sein du transport public de San Francisco a d'ailleurs testé quelques hypothèses à cet égard. S'appuyant sur le postulat central de la consommation d'alcool à titre de stratégie d'adaptation au stress professionnel, les auteurs supposaient que les travailleurs présentant des scores élevés d'épuisement professionnel (mesuré uniquement à l'aide de la dimension de l'épuisement émotionnel telle que formulée par le *MBI*) étaient d'autant plus enclins à faire preuve de comportements à risque de consommation d'alcool et à développer éventuellement des problèmes plus sérieux telles des séquelles ou une dépendance. À cet effet, une étude antérieure réalisée auprès de 709 dentistes (Gorter, Eijkman, & Hoogstraten, 2000) avait conclu à l'existence d'un lien entre une consommation accrue d'alcool au cours des années précédant l'enquête et les individus faisant partie du groupe à risque élevé d'épuisement professionnel (25% des individus de ce groupe avaient rapporté une consommation accrue d'alcool contre 9% des individus du groupe à faible risque pour  $p < 0,01$ ), groupe qui a été déterminé en fonction de la médiane des scores obtenus à chacune des échelles du *MBI*. Or, les résultats de Cunradi et ses collaborateurs (2003) corroborent également cette association en démontrant une cooccurrence entre l'épuisement professionnel et la consommation d'alcool (définie selon le nombre de grammes d'éthanol ingérés en moyenne lors d'une même occasion). Plus précisément, dans cette étude, pour chaque point additionnel obtenu à l'échelle d'épuisement émotionnel, les risques de dépendance à l'alcool augmentent de 3%

(RC=1,03 à 95%; IC=1,01-1,06). De plus, il y aurait une nette différence entre les hommes et les femmes : malgré un niveau plus élevé d'épuisement professionnel chez les femmes, elles semblent moins à risque de développer une dépendance à l'alcool que les opérateurs masculins. L'âge jouerait également une influence importante, où les jeunes sont six fois plus à risque que les plus âgés de présenter un trouble relié à l'alcool et un score élevé d'épuisement professionnel selon cette même étude. En ajustant les résultats, c'est-à-dire en prenant en considération plusieurs variables dont le nombre d'années d'expérience en tant que conducteur, les caractéristiques sociodémographiques et le niveau moyen d'éthanol absorbé, la recherche de Cunradi indique une association significative entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives employée à titre de stratégie d'adaptation pour contrer le stress professionnel ressenti (RC=1,04 à 95%; IC=1,02-1,05) (Cunradi *et al.*, 2003).

Une seconde recherche empirique réalisée en Finlande s'attarde également à la relation entre l'épuisement professionnel et la consommation d'alcool (Ahola *et al.*, 2006), celle-ci étant davantage représentative de l'ensemble de la main-d'œuvre (n=3276). Dans la même lignée que l'étude précédente, les résultats concluent à l'existence d'une relation entre la dépendance à l'alcool (définie selon les critères du DSM-IV et déterminée à la suite d'un entretien psychiatrique standardisé) et l'épuisement professionnel (mesuré à l'aide du *MBI-GS*, mais où un score total pour l'ensemble des trois dimensions est retenu : 0,4 Xépuisement émotionnel + 0,3Xcynisme + 0,3Xinefficacité professionnelle), où la prévalence diffère toutefois selon le genre. Ainsi, pour chaque point obtenu au niveau de l'épuisement professionnel, une augmentation de 80% du taux d'incidence pour la dépendance à l'alcool était observée pour les femmes alors qu'elle était de 51% pour les hommes (RC=1,80 pour les femmes à 95%; IC=1,35-2,40 et RC=1,51 pour les hommes à 95%; IC=1,27-1,78). À l'instar de Cunradi et ses collaborateurs (2003), aucune association significative entre l'épuisement professionnel et une consommation accrue d'alcool (et non la dépendance) définie selon la quantité d'éthanol absorbé en moyenne par semaine, n'a été observée.

La littérature précédente montre l'importance de distinguer la consommation d'alcool à risque des troubles reliés à celle-ci (dépendance et consommation nocive) en lien avec l'épuisement professionnel. Sterud et ses collègues (2007) ont fait cette distinction, ce

qui a permis d'associer la dimension de l'épuisement émotionnel uniquement à une consommation élevée d'alcool (définie selon les trois premiers items de l'AUDIT) ( $B=0,10$  pour  $p<0,01$ ), le sentiment d'inefficacité professionnelle à l'accroissement de troubles reliés à l'alcool (mesurés à l'aide des items 4 à 10 de l'AUDIT) ( $B=0,17$  pour  $p<0,05$ ), et finalement, le cynisme à ces deux composantes ( $B=0,10$  pour  $p<0,01$  et  $B=0,30$  pour  $p<0,001$  respectivement). En outre, les auteurs suggèrent un effet modérateur de la consommation d'alcool utilisée en tant que stratégie d'adaptation sur la relation entre le cynisme et les pathologies reliées à l'alcool. Donc, un fort degré de cynisme impliquerait une plus grande propension au développement de troubles reliés à l'alcool puisque ces personnes en feraient usage afin d'atténuer leurs sentiments négatifs (RC=2,9 pour 95%; IC=2,5-3,3 comparativement au groupe d'individus présentant un faible score à l'échelle du cynisme dont RC=1,6 pour 95%; IC=1,2-2,0). Enfin, l'apport de cette recherche aux fins du présent mémoire est considérable puisqu'elle demeure la seule analysant de façon détaillée les associations existantes entre chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel et la consommation d'alcool.

Une étude menée par Ahola et ses collaborateurs (2012) auprès d'un échantillon représentatif de la population finlandaise (*Health 2000*,  $n=8028$ ) s'est de nouveau penchée sur la question de la comorbidité, mais de manière plus globale. L'analyse des liens entre l'épuisement professionnel et l'adoption de comportements de santé à risque tels que la pratique modérée d'activités physiques, l'obésité ou la consommation de tabac a dévoilé des associations contradictoires entre deux des dimensions de l'épuisement professionnel et la consommation abusive d'alcool (toute consommation moyenne quotidienne d'éthanol excédant 40 grammes pour les hommes et 20 grammes pour les femmes) : l'épuisement émotionnel entraînerait des risques plus grands de présenter une consommation abusive (RC=1,23 pour 95%; IC=1,08-1,40) alors que le sentiment d'inefficacité professionnelle réduirait cette propension (RC=0,85 pour 95%; IC=0,74-0,98). Or, selon les auteurs, cette contradiction refléterait la part non négligeable jouée par les caractéristiques individuelles dans l'explication de la consommation d'alcool (Ahola *et al.*, 2012).

Globalement, les résultats des diverses études sur la relation entre l'épuisement professionnel et la consommation d'alcool sont mitigés et ne considèrent pas tous les mêmes troubles reliés à l'alcool. En effet, certaines recherches soutiennent (Gershon, Lin,

& Li, 2002; Soler, Yaman, Esteva, Dobbs, & Asenova, 2008) alors que d'autres réfutent (Ahola *et al.*, 2006; Burke, 1994; Cunradi *et al.*, 2003) une association entre des risques plus grands d'augmenter sa consommation d'alcool et des scores élevés aux diverses dimensions de l'épuisement professionnel. D'autres s'attardent à la dépendance à l'alcool ou à la consommation abusive (Ahola *et al.*, 2012). Ainsi, la relation entre la consommation d'alcool ou les troubles y étant rattachés, les caractéristiques individuelles et le contexte environnemental s'avère complexe. La simple hypothèse d'une consommation réductrice du stress professionnel ne propose qu'une explication partielle dans cette relation. À cet effet, certains individus par exemple diminuent leur consommation d'alcool sous l'influence du stress alors que d'autres l'augmentent (Ahola *et al.*, 2012).

Ahola et ses collègues ont cherché à préciser ce point par le biais de quelques pistes d'analyse additionnelles (2006 et 2012). Tout d'abord, l'association entre l'épuisement professionnel et l'alcool pourrait être une question de vulnérabilité de l'individu : les travailleurs dont les ressources personnelles et sociales sont faibles utiliseraient davantage des stratégies d'adaptation inadéquates pour faire face à la tension psychologique vécue et donc, seraient plus vulnérables dans un contexte de travail exigeant et contraignant. Cette explication réfère en fait à l'approche transactionnelle du stress développée par Lazarus et Folkman (1984). Une seconde explication, celle-ci dérivée de la neurobiologie, est aussi avancée: des mécanismes neurobiologiques (plus précisément des mécanismes dopaminergiques intracellulaires et extracellulaires) seraient impliqués dans l'interaction entre le stress, les façons de pallier au stress et les comportements créant une forte dépendance. Dans un troisième temps, les résultats obtenus dans l'étude de 2006 suggèrent la prépondérance des facteurs individuels sur les modèles comportementaux culturels et sociaux dans l'association entre l'alcool et l'épuisement professionnel. Enfin, une quatrième explication est avancée : conséquence du stress vécu au travail, l'épuisement professionnel amenuise les ressources psychologiques de l'individu, ce qui pourrait entraîner une incapacité à maintenir une bonne hygiène de vie et donc, favoriser l'adoption de plusieurs comportements à risque (Ahola *et al.*, 2012; Gorter *et al.*, 2000).

En somme, peu de facteurs de risque et de protection se dégagent de cette recension des écrits sur la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool. L'âge semble être associé négativement à la comorbidité étudiée (Chen & Cunradi, 2008;

Cunradi *et al.*, 2003) alors que les conflits familiaux tendent à augmenter sa prévalence (Burke, 1994; Cerdà, Sagdeo, Johnson, & Galea, 2010). Le statut matrimonial, l'éducation et le revenu d'emploi s'avèrent généralement non significatifs dans l'explication de la comorbidité retrouvée (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2003). Enfin, l'effet du genre demeure incertain : seule l'étude d'Ahola et ses collaborateurs (2006) examine l'influence du genre et révèle que les risques de dépendance à l'alcool sont plus grands pour les femmes souffrant d'épuisement professionnel que pour les hommes.

Les causes de la comorbidité de la consommation d'alcool et de l'épuisement professionnel, si la cooccurrence est significative, demeurent floues et très peu étudiées. De plus, les quelques recherches empiriques qui s'y sont attardées ne s'intéressent pas à la consommation épisodique excessive d'alcool. Les lacunes sont toutefois encore bien plus évidentes dans le cas de l'étude de la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de médicaments psychotropes.

#### **1.2.4.3 - Médicaments psychotropes et épuisement professionnel**

À ce jour, très peu d'études ont considéré les liens entre la consommation de médicaments psychotropes et l'épuisement professionnel. Encore à un stade exploratoire, celles retrouvées n'abordent la question que de manière secondaire et sommaire, ne nommant généralement que la prévalence de cette association dans la population étudiée.

À cet effet, les résultats sont peu significatifs ou non concluants (voir Burke, 1994). Une étude réalisée auprès d'une population de dentistes (Gorter *et al.*, 2000) révèle des résultats mixtes entre la consommation de médicaments psychotropes et l'épuisement professionnel : seule la prise d'antidépresseurs était plus élevée au sein du groupe présentant des probabilités élevées de rapporter de l'épuisement professionnel comparativement à celui à faible risque (5% des individus du premier groupe contre 1% du second avec  $\chi^2=11,61$  pour  $p<0,01$ ). Pour les autres types de médicaments, tels les tranquillisants et les somnifères, la différence entre les deux groupes était non significative. Dans une lignée semblable, lors d'une enquête effectuée auprès de 879 femmes actives employées au sein de divers cabinets de dentistes, les femmes consommant des médicaments ou toutes autres drogues rapportaient un plus haut degré de cynisme que celles non utilisatrices de substances psychoactives (Nowack & Pentkowski, 1994). Il

appert important de noter que dans cette recherche la consommation était mesurée selon la fréquence d'utilisation dans une visée récréative de médicaments disponibles sous ordonnance médicale et de drogues illégales comme la marijuana. À l'instar de l'étude de Gorter et ses collaborateurs (2000), l'usage de médicaments n'était pas significativement associé au phénomène de l'épuisement professionnel dans sa globalité. Une étude plus récente identifie la consommation de médicaments psychotropes comme facteur de risque dans les groupes présentant un niveau élevé d'épuisement professionnel (mesuré à l'aide d'une variable dichotomique pour chacune des trois dimensions : EE=65% des individus du groupe en faisaient usage pour 99% IC=55,9-73,1; C=44,5% pour 99% IC=35,8-53,6 et EP=38,0% pour 99% IC=29,7-47,1) (Soler *et al.*, 2008). À cet effet, les auteurs avancent une explication intéressante, où une consommation de médicaments psychotropes serait la manifestation d'une faible estime de soi, qui, à son tour est liée à l'épuisement professionnel.

Enfin, les études recensées sur la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de médicaments psychotropes se restreignent à l'entrecroisement des prévalences des deux troubles sans en rechercher les déterminants communs. Ainsi, une lacune importante se situe dans l'identification des facteurs de risque et de protection. Puisque la littérature spécifique à la comorbidité ne nous informe que sommairement quant à ces derniers, il importe de se diriger vers des modèles plus généraux identifiant les déterminants de la santé mentale présents dans le milieu de travail et à l'extérieur de celui-ci. Généralement, tel que souligné précédemment, les auteurs adhèrent à l'hypothèse du stress vécu au travail comme provoquant une tension psychique susceptible d'entraîner le développement de l'épuisement professionnel ou des comportements à risque tels que la consommation épisodique excessive d'alcool ou l'usage de médicaments psychotropes (Frone, 1999; Maslach *et al.*, 2001). Ainsi, la prochaine section traitera spécifiquement des facteurs de risque et de protection présents dans l'environnement de travail.

### **1.2.5 - Les modèles théoriques du stress professionnel**

Des modèles théoriques s'attardent à la genèse du stress professionnel et identifient certaines caractéristiques de l'environnement psychosocial du travail qui interagissent avec l'état de santé mentale de l'individu. Trois modèles généraux du stress professionnel

dominant actuellement la littérature, soit le modèle Demande/Contrôle de Karasek (1979), le modèle Demande/Contrôle/Soutien de Karasek et Theorell (1990) et le modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses élaboré par Siegrist (1996). Un quatrième plus récent, le modèle de Demandes-Ressources de Demerouti et de ses collaborateurs (2001), s'intéresse plus particulièrement à l'épuisement professionnel. La section suivante fait donc état des connaissances sur ces différentes théories ainsi que leur validation empirique en lien avec l'épuisement professionnel, la consommation d'alcool et l'usage de médicaments psychotropes.

### 1.2.5.1 – Le modèle Demande/Contrôle de Karasek (1979)

L'étude du rôle de l'environnement psychosocial du travail sur l'état de santé mentale a été marquée par la contribution certaine du modèle Demande/Contrôle développé par Karasek (1979). Prédominant au sein de la littérature depuis les trente dernières années, le modèle a participé à l'identification de facteurs psychosociaux issus du milieu de travail liés à diverses pathologies et morbidités. D'ailleurs, sa validité empirique ainsi que sa rigueur méthodologique ont été évaluées dans le cadre de recensions systématiques des écrits (Stansfeld et al., 2006; Van der Doef & Maes, 1999).

Reposant sur deux variables, le modèle de Karasek (1979) postule une interaction entre les demandes psychologiques inhérentes à l'environnement de travail et la latitude décisionnelle pour expliquer la tension psychique vécue au travail. Les exigences associées aux tâches professionnelles telles que la quantité et la complexité du travail, le niveau de productivité attendu et les contraintes de temps définissent les demandes psychologiques. La latitude décisionnelle, quant à elle, correspond à deux composantes qui ont été regroupées sous le même terme étant donné leur proximité au niveau théorique et empirique, c'est-à-dire l'autorité décisionnelle dont dispose le travailleur et le contrôle de l'utilisation des compétences nécessaires pour effectuer son travail (variété des tâches) (Levi et al., 2000).

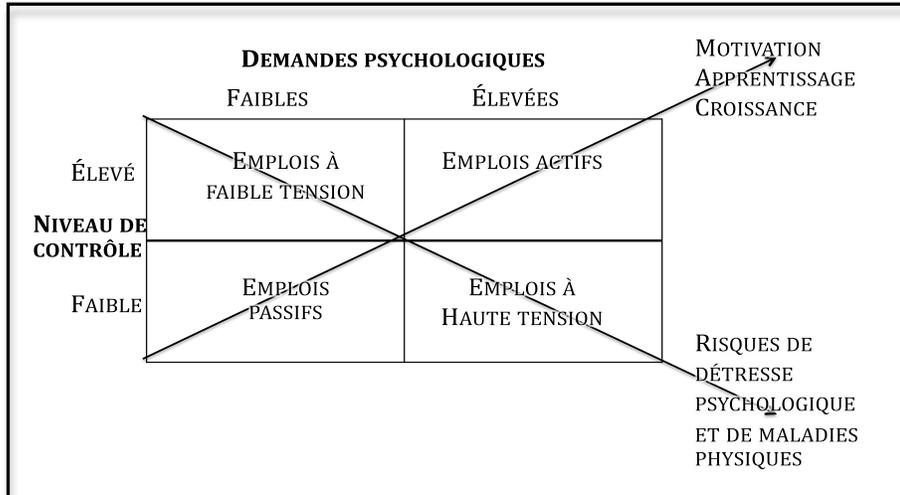
Ainsi, tel qu'illustré à la **Figure 1**, le modèle de Karasek repose sur deux hypothèses centrales. *L'hypothèse de la tension* postule que les situations de travail comportant de fortes demandes psychologiques et une faible latitude décisionnelle sont associées à une tension psychologique élevée et donc, à de plus grands risques de maladies

et de manifestations néfastes y étant reliées (par ex., dépression, anxiété et fatigue) (Levi *et al.*, 2000). À l'inverse, les situations de travail caractérisées par peu de demandes psychologiques et une grande latitude (emplois à faible tension) sont associées à un faible risque de développement d'effets délétères du stress sur la santé. Effectivement, *l'hypothèse de la tension* confère un effet additif ou multiplicatif des demandes psychologiques et de la latitude décisionnelle sur le bien-être de l'individu (Van der Doef & Maes, 1999).

*L'hypothèse de l'apprentissage actif* postule, quant à elle, que les situations de travail caractérisées par un niveau élevé de demandes psychologiques et de latitude décisionnelle favorisent les apprentissages, la motivation et le développement des compétences. Ainsi, grâce à leur capacité d'action sur leurs tâches, les individus occupant des emplois associés à de telles situations de travail mettraient en application des stratégies d'adaptation leur permettant de faire face adéquatement au haut niveau de stress généré par de fortes demandes psychologiques (Morin & Aubé, 2007). À l'opposé, les emplois passifs, impliquant un faible degré de contrôle et de demandes psychologiques, réduiraient la capacité d'apprentissage et le niveau de compétences acquises des travailleurs. Ce type d'emploi entraîne généralement une diminution de la motivation (Levi *et al.*, 2000).

Conséquemment, quatre configurations possibles entre la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques pour prédire le stress au travail sont proposées : les emplois passifs, les emplois à faible tension, les emplois à haute tension et les emplois actifs (Karasek, 1979). Ainsi, suivant la logique sur laquelle s'appuient les hypothèses, les emplois actifs seraient les plus sains, les emplois à forte tension produiraient les effets les plus délétères pour la santé de l'individu et les emplois passifs et à faible tension des effets intermédiaires.

**FIGURE 1 - MODÈLE DEMANDE/CONTRÔLE DE KARASEK (1979)**



Source : Traduction libre de Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

#### 1.2.5.1.2 – Validation empirique du modèle

De façon générale, les études empiriques soutiennent la majorité des hypothèses formulées par Karasek (Bourbonnais, Brisson, Moisan, & Vézina, 1996; De Jonge, Bosma, Peter, & Siegrist, 2000a; Van der Doef & Maes, 1999; Van der Doef, Maes, & Diekstra, 2000). Plus particulièrement, l'hypothèse de la tension, en lien avec divers troubles psychologiques dont l'épuisement professionnel, a été confirmée par plusieurs recherches lorsqu'un effet additif ou multiplicatif était considéré entre la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques (Bourbonnais, Comeau, & Vézina, 1999; De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2004; Karasek & Theorell, 1990; Landsbergis, 1988; Marchand & Durand, 2011a; Van der Doef & Maes, 1999). L'effet de synergie, c'est-à-dire le contrôle agissant à titre de variable modératrice sur des demandes psychologiques élevées, quant à lui, demeure imprécis et peu significatif (Bourbonnais *et al.*, 1999; Dragano *et al.*, 2008; Marchand & Durand, 2011a; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Vermeulen & Mustard, 2000).

Plusieurs recherches empiriques ont testé les différentes hypothèses du modèle et l'effet indépendant des concepts en lien avec l'épuisement professionnel, la consommation

d'alcool à risque et l'usage de médicaments psychotropes. Les trois sous-sections suivantes font état des résultats de ces études.

#### Effet indépendant de la latitude décisionnelle sur les différents troubles à l'étude

Deux concepts distincts réunis sous le terme de latitude décisionnelle, l'utilisation des compétences et l'autorité décisionnelle engendrent un sentiment de maîtrise de l'environnement chez l'individu, ce dernier étant un besoin essentiel du psychisme humain (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). L'utilisation de ses aptitudes et de ses habilités et la capacité d'en acquérir de nouvelles pour l'individu constitueraient des facteurs de protection aux effets du stress au travail. Il en est de même de l'autorité décisionnelle, définie comme étant la capacité d'exercer un contrôle sur ses méthodes de travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent. Tel que Karasek (1979) le souligne, la latitude décisionnelle joue un rôle important dans le développement de la tension psychologique.

Selon la littérature actuelle, il importe d'étudier distinctivement les deux composantes de la latitude décisionnelle puisqu'elles comportent des effets qui leurs sont propres sur l'épuisement professionnel et ses différentes dimensions. Effectivement, l'autorité décisionnelle aurait un effet significatif sur l'épuisement professionnel, les individus participant peu aux décisions présentant des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel (Maslach *et al.*, 2001), plus particulièrement de cynisme et d'épuisement émotionnel (Marchand & Durand, 2011a; Schaufeli & Peeters, 2000). Une faible utilisation des compétences corrèle également avec l'épuisement professionnel, bien que plus faiblement, et s'associe avec l'épuisement émotionnel (De Jonge, Reuvers, Houtman, Bongers, & Kompier, 2000b) et le sentiment d'inefficacité professionnelle (Schaufeli & Peeters, 2000).

Du côté des substances psychoactives, une faible latitude décisionnelle a été associée significativement à des comportements à risque chez les travailleurs, tant pour la consommation d'alcool (Crum, Muntaner, Eaton, & Anthony, 1995; McNeill, 1996; Romelsjö *et al.*, 1992) que pour les médicaments psychotropes (Karasek & Theorell, 1990; Moisan *et al.*, 1999).

### Effet indépendant des demandes sur les différents troubles à l'étude

Proposé à l'origine par Karasek (1979), le concept de demandes réfère aux exigences de l'emploi de nature qualitative ou quantitative, qui lorsqu'elles excèdent la capacité de l'individu à pouvoir y répondre, provoquent une tension psychologique. Or, cette source de stress peut être tant délétère que positive pour le travailleur. En tant que tel, comme le rapportent Vézina et ses collaborateurs (1992 :23) : « une forte demande de travail ne nuit pas nécessairement à la santé d'une personne : elle peut même, au contraire, favoriser le développement des habiletés, mais à l'intérieur d'une certaine limite (...) ». Effectivement, en psychopathologie du travail, les défis contrôlés, c'est-à-dire des objectifs accessibles, réalisables et stimulants, provoquent un stress positif (la notion d'eustress) favorisant la motivation, la performance et la mobilisation des ressources chez l'individu (Selye, 1975 cité par Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). Cependant, lorsque les demandes requièrent des efforts de façon chronique ou excessive, elles se transforment en facteur de «dystress» (en stress négatif) (Meijman & Mulder, 1998) pouvant engendrer de multiples conséquences au niveau de la santé mentale de l'individu (Dragano *et al.*, 2008; Karasek & Theorell, 1990; Marchand *et al.*, 2006; Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992).

Les demandes se subdivisent en trois catégories : contractuelles, physiques et psychologiques. Malheureusement, très peu de recherches empiriques se sont spécialement penchées sur la question des demandes physiques en lien avec la consommation de substances psychoactives ou l'épuisement professionnel, les recherches s'adressant plutôt à l'étude des demandes psychologiques. D'ailleurs, le modèle de Karasek (1979) réfère spécifiquement à ces dernières.

Actuellement, il n'existe pas de consensus universel sur ce que représentent spécifiquement les demandes psychologiques et les caractéristiques organisationnelles incluses dans cette catégorie. Cependant, la conceptualisation établie par Karasek (1979) référant notamment aux contraintes de temps, à l'effort mental requis, au rythme de travail, à la quantité de tâches à accomplir et aux requêtes contradictoires est celle généralement utilisée.

Une méta-analyse réalisée récemment (Alarcon, 2011) recensant près de 231 articles publiés depuis les trente dernières années révèle une association fortement significative entre les demandes psychologiques et l'épuisement professionnel, ces dernières étant un facteur de risque. Les résultats de l'étude de Marchand et Durand (2011a) confirment également cette relation. De manière plus spécifique quant aux dimensions de l'épuisement professionnel, l'épuisement émotionnel a été associé de manière soutenue à une surcharge quantitative de travail et à une pression exercée par les contraintes de temps. Il en est de même des conflits et de l'ambiguïté de rôle, reportés dans la littérature comme étant d'importants déterminants de cette dimension (Leiter & Schaufeli, 1996; Martinussen, Richardsen, & Burke, 2007; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli, Bakker, & Van Rhenen, 2009a). La relation entre des demandes élevées et le cynisme est moins claire et mitigée (Schaufeli & Greenglass, 2001). À cet égard, Truchot (2004) avance l'hypothèse d'une relation curvilinéaire, où tant des demandes faibles que des demandes élevées favorisent chez le travailleur des sentiments négatifs et de désengagement envers son travail.

De manière générale, plusieurs auteurs soutiennent une interaction entre l'usage de médicaments psychotropes et des demandes de travail élevées, telle une pression induite du temps ou une charge quantitative de travail (Gay, Houdoyer, & Rouzard, 2008; Harling *et al.*, 2009; Pelfrene *et al.*, 2004). La relation est moins claire en ce qui concerne la consommation d'alcool à risque. Une avenue intéressante a été explorée par Frone (2008) quant à la temporalité de la consommation d'alcool. Selon cet auteur, observer la fréquence et le moment de la consommation permettrait de situer celle-ci dans son contexte et de déterminer la part effective des caractéristiques organisationnelles. Or, l'usage de l'alcool durant ou directement suivant les heures de travail serait significativement associé aux agents stressés présents au sein du milieu de travail telles les demandes psychologiques (Frone, 2008).

#### Effets additifs ou multiplicatifs des composantes latitude décisionnelle et demandes psychologiques sur les troubles à l'étude

L'usage de médicaments psychotropes a été relié à l'exposition simultanée à des demandes élevées et à un faible contrôle (Moisan *et al.*, 1999; 2000; Pelfrene *et al.*, 2004;

Virtanen *et al.*, 2007), alors que les liens s'avèrent peu significatifs pour la consommation abusive d'alcool (Kouvonen *et al.*, 2005; Romelsjö *et al.*, 1992). Testant les hypothèses du modèle de Demande/Contrôle de Karasek (1979), certaines recherches empiriques ont observé une association entre la consommation d'alcool et les emplois à forte tension, ainsi qu'entre des demandes psychologiques élevées et une consommation accrue (Crum *et al.*, 1995; Grunberg *et al.*, 1998). Par contre, les résultats de plusieurs autres recherches n'appuient guère une association significative entre la consommation d'alcool et des demandes élevées ou une faible latitude décisionnelle, ou encore, entre leur combinaison (emplois à forte tension) (Ballenger *et al.*, 2011; Kouvonen *et al.*, 2005; Kouvonen *et al.*, 2006). À ce propos, les résultats de Romelsjö et de ses collègues ont confirmé une interaction positive entre ces diverses variables et des problèmes sévères reliés à l'alcool telle la dépendance plutôt qu'une simple consommation accrue d'alcool (Romelsjö *et al.*, 1992). Selon une étude récente, la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes ne semble pas être plus forte chez les individus occupant un emploi à tension élevée (Lavigne & Bourbonnais, 2010). Cette recherche infirme cependant les résultats de quelques recherches antérieures (Chartrand, 2003; Moisan *et al.*, 1999; Virtanen *et al.*, 2007).

#### **1.2.5.2 - Le modèle Demande/Contrôle/Soutien de Karasek et Theorell (1990)**

Révisé par Karasek et Theorell en 1990, le modèle initial de Karasek (1979) a intégré une troisième composante afin de prendre en considération l'influence du soutien social sur le stress au travail. Selon Levi (2000), le soutien social est tributaire de l'intégration socio-émotionnelle du travailleur dans son milieu professionnel, ce qui aurait un effet modérateur ou médiateur sur l'interaction entre la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques (Johnson, Hall, & Theorell, 1989; Karasek & Theorell, 1990). Ainsi, le soutien social, retrouvé sous deux formes (socio-émotionnelle : capacité de partager ses sentiments ou difficultés vécues au travail avec un collègue; et instrumentale : aide technique apportée pour faire face à des ressources déficientes), permettrait au travailleur d'affronter les situations de travail stressantes et aurait une influence sur les problèmes de santé mentale. Le modèle Demande/Contrôle/Soutien suggère donc que le niveau de tension psychologique de l'individu est à son point culminant lorsqu'il est exposé à de fortes demandes psychologiques, à un faible degré de contrôle et un faible soutien

social. Cette hypothèse, aussi appelée *iso-tension*, présente la situation de travail stressogène la plus nocive pour la santé de l'individu (Karasek & Theorell, 1990). De cette dernière découle l'effet modérateur potentiel du support social sur les effets négatifs provoqués par la tension psychologique ressentie issue de la combinaison entre des demandes élevées et un faible contrôle (Van der Doef & Maes, 1999).

#### 1.2.5.2.1 – Validation empirique du modèle

##### Effet indépendant du soutien social sur les troubles à l'étude

Tel qu'abordé dans le modèle de Karasek et Theorell (1990), le soutien social de la part des collègues ou des supérieurs contribue à la satisfaction au travail et au bien-être général de l'individu. Nous entendons par soutien social toutes formes d'interactions qui apportent une aide ou une reconnaissance à l'individu, soit objective (aide technique et instrumentale) ou subjective (source de plaisir ou aide émotionnelle), et qui répond à son besoin d'appartenance et de reconnaissance (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). Au sein de la littérature, la définition conceptuelle et opérationnelle n'est pas aussi claire, ce qui entraîne des résultats disparates. Cependant, de façon majoritaire, les résultats confirment une association significative entre le soutien social et diverses conséquences au niveau psychique et physique.

Globalement, un soutien défaillant de la part des collègues et des superviseurs augmente les risques de souffrir d'épuisement professionnel (De Jonge *et al.*, 2000b; Schaufeli & Greenglass, 2001). Plus particulièrement, par sa portée modératrice sur le stress vécu ou son effet direct sur la source du stress par la réduction des demandes inhérentes à l'emploi grâce à l'aide reçue, le soutien social influence significativement la dimension de l'épuisement émotionnel (Bakker *et al.*, 2004; Bourbonnais *et al.*, 1999; De Jonge *et al.*, 2000b).

De plus, un faible soutien social a été associé à quelques reprises à une consommation abusive d'alcool (alcoolisme : Hemmingsson & Lundberg, 1998; nombre de verres consommés au cours des sept derniers jours : Marchand *et al.*, 2006) et à l'usage de médicaments psychotropes de façon chronique (Marchand *et al.*, 2009) ou à son augmentation (Lavigne & Bourbonnais, 2010; Moisan *et al.*, 1999; Sinokki *et al.*, 2009).

Enfin, il importe de signifier l'effet d'entraînement, ayant des conséquences autant sur la consommation de substances psychoactives que sur l'épuisement professionnel. Le contexte social dans lequel un individu se trouve définit certains comportements à adopter et des normes à respecter. Or, l'interprétation et la perception des comportements des collègues par un individu particulier altèrent ses propres comportements, ce qui pourrait favoriser, par exemple, une consommation d'alcool à risque si l'attitude des collègues à cet égard semble être permissive (Ames, Grube, & Moore, 2000). Il en est de même de l'épuisement professionnel qui pourrait être entraîné par un effet de contagion (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005; Halbesleben & Buckley, 2004). De plus, alors que normalement le support social constitue une ressource pour l'individu, dans certaines circonstances, il devient contre-productif et se transforme en «demande», tout dépendamment de la perception qu'en a l'individu (Halbesleben & Buckley, 2004).

#### Effet synergétique sur les troubles à l'étude

De manière globale, la capacité prédictive de l'hypothèse de l'*iso-tension* est débattue (Van der Doef & Maes, 1999). Bien que quelques études soutiennent l'effet additif des trois composantes du modèle sur divers troubles de santé mentale (De Jonge, Janseen, & Van Breukelen, 1996; S. Stansfeld, Head, & Marmott, 2000; Tummers, Landeweerd, & Van Merode, 2002; Van der Doef *et al.*, 2000), plusieurs recherches ont été incapables d'appuyer l'effet modérateur, ou plutôt l'effet synergétique, du soutien social sur les emplois à forte tension (Bourbonnais *et al.*, 1996; De Jonge, Mulder, & Nijhuis, 1999; Marchand, Demers, & Durand, 2005a; Marchand *et al.*, 2006; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugar, & David, 1998; Van der Doef & Maes, 1999; Vermeulen & Mustard, 2000). Dans la même lignée, les conclusions tirées des recherches examinant le modèle Demande/Contrôle/Soutien dans un contexte d'épuisement professionnel soutiennent l'hypothèse *iso-tension* sans pour autant établir un effet modérateur significatif du soutien social sur une situation de fortes demandes-faible contrôle (Bourbonnais, Comeau, Vézina, & Dion, 1998; Marchand & Durand, 2011a). Il en est de même pour la consommation de substances psychoactives, où les emplois présentant une situation de travail qualifiée d'*iso-tension* sont associés à divers troubles dont l'alcoolisme (Hemmingsson & Lundberg, 1998) et un usage accru de benzodiazépines (une catégorie de médicaments psychotropes) (Pelfrene *et al.*, 2004).

Ainsi, le modèle Demande/Contrôle/Soutien s'attarde à l'interaction entre l'individu et son environnement de travail et identifie certaines caractéristiques organisationnelles engendrant une tension psychologique, voire des troubles de santé mentale. Cependant, les spécificités individuelles de chacun ne sont pas examinées alors que les individus réagissent différemment aux mêmes situations stressantes (Siegrist, 2000).

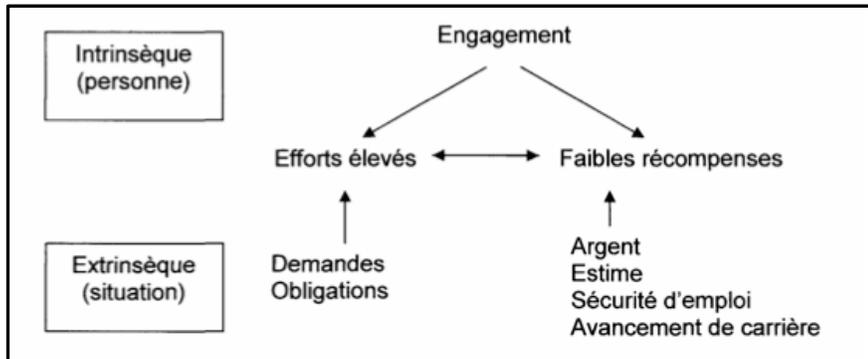
### 1.2.5.3 - Le modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses de Siegrist (1996)

Afin de contrecarrer cette dernière limite, le modèle proposé par Siegrist (1996) met l'accent sur les perceptions de l'individu et les caractéristiques personnelles pour expliquer les diverses réactions face au stress vécu au travail. L'auteur accorde une importance centrale au travail dans la vie des individus, ce dernier permettant de se définir socialement tant au niveau identitaire que statutaire. Ainsi, les efforts fournis au travail font partie d'un processus d'échange où la société contribue en termes de récompenses, c'est-à-dire sous la forme pécuniaire, d'estime, d'opportunités de carrière et de sécurité d'emploi (Levi *et al.*, 2000). Dans ce modèle, les réactions néfastes au stress, au plan physiologique et émotionnel, proviennent donc d'un déséquilibre perçu par l'individu entre les efforts qu'il déploie à son travail, en termes de demandes et d'obligations, et les récompenses reçues en contrepartie (voir **Figure 2**). Les situations de travail pathogènes sont celles où une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses est retrouvée (*hypothèse extrinsèque*) puisqu'elle provoque des sentiments de colère, de démoralisation et de dépression (Siegrist, 1996). Par exemple, un grand sentiment d'injustice peut être vécu chez le travailleur qui occupe un emploi très exigeant au niveau de la charge mentale sans pour autant recevoir une rétroaction positive de la part de son supérieur immédiat. À long terme et vécus de façon chronique, ces sentiments négatifs entraîneraient des tensions psychologiques et des maladies cardio-vasculaires (Siegrist, 1996).

De plus, les individus «surengagés» vivraient plus difficilement les situations de déséquilibre (*hypothèse intrinsèque*) puisqu'ils surestiment leurs capacités personnelles et sous-estiment les efforts requis au travail (Morin & Aubé, 2007). Effectivement, un engagement excessif, découlant de la composante intrinsèque de l'effort (attitudes, comportements et motivations face au travail), proviendrait d'un important besoin d'estime et provoquerait chez l'individu une incapacité de se distancer de ses obligations de travail

(Vézina, 2008). Ainsi, bien que les situations de déséquilibre entre les efforts et les récompenses soient considérées à elles seules comme un facteur de risque, la combinaison surinvestissement et non réciprocité de l'échange augmente d'autant plus les risques de souffrir de troubles psychologiques et physiques pour le travailleur (*hypothèse d'interaction*) (Niedhammer, Tek, Starke, & Siegrist, 2004; Siegrist *et al.*, 2004).

**FIGURE 2 - MODÈLE DÉSÉQUILIBRE EFFORTS/RÉCOMPENSES DE SIEGRIST (1996)**



Source : Traduction libre de Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.

#### 1.2.5.3.1 – Validation empirique du modèle

De façon générale, le postulat central du modèle Déséquilibre Efforts/Récompenses, c'est-à-dire l'*hypothèse extrinsèque*, reçoit un appui important des recherches empiriques. En effet, les résultats de plusieurs études confirment un lien significatif entre les situations de déséquilibre et la santé des travailleurs au niveau physique et psychologique (De Jonge *et al.*, 2000a; Niedhammer *et al.*, 2004; S. Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999; Van Vegchel, De Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005; Wege *et al.*, 2008). Par contre, Van Vegchel et ses collaborateurs, dans une revue de littérature réalisée en 2005, aboutissent à des résultats mitigés quant aux deux autres hypothèses formulées par le modèle concernant le surengagement (Van Vegchel *et al.*, 2005).

Quelques recherches empiriques ont analysé la capacité prédictive du modèle en lien avec l'épuisement professionnel. La plupart soutiennent l'*hypothèse extrinsèque*, plus particulièrement l'association positive entre les situations de déséquilibre et l'épuisement émotionnel (De Jonge *et al.*, 2000a; Houkes, Janssen, De Jonge, & Bakker, 2003). Les études ont toutefois dégagé des résultats contradictoires quant à l'effet modérateur du surengagement sur l'épuisement professionnel (*hypothèse d'interaction*) selon la revue

systematique de Van Vegchel (2005). Au niveau de la consommation d'alcool, un déséquilibre accentué entre les efforts et les récompenses n'est pas garant d'une consommation abusive d'alcool et est même plutôt associé à une diminution de son usage pour les cadres de hauts niveaux (Kouvonen *et al.*, 2005). Cependant, certains concepts du modèle ont été associés à une consommation accrue d'alcool : des situations de travail requérant peu d'efforts et des faibles récompenses pour les individus occupant des emplois non manuels (Kouvonen *et al.*, 2005). À l'inverse, de fortes récompenses extrinsèques et intrinsèques favoriseraient une consommation modérée (Marchand *et al.*, 2011). Du côté des médicaments psychotropes, les études à cet égard sont limitées. Seuls les résultats de deux recherches québécoises ont confirmé qu'un déséquilibre efforts/récompenses constituait un facteur de risque de l'usage de médicaments psychotropes (Chartrand, 2003; Lavigne & Bourbonnais, 2010).

#### **1.2.5.4 - Le modèle Demandes-Ressources de Demerouti et ses collaborateurs (2001)**

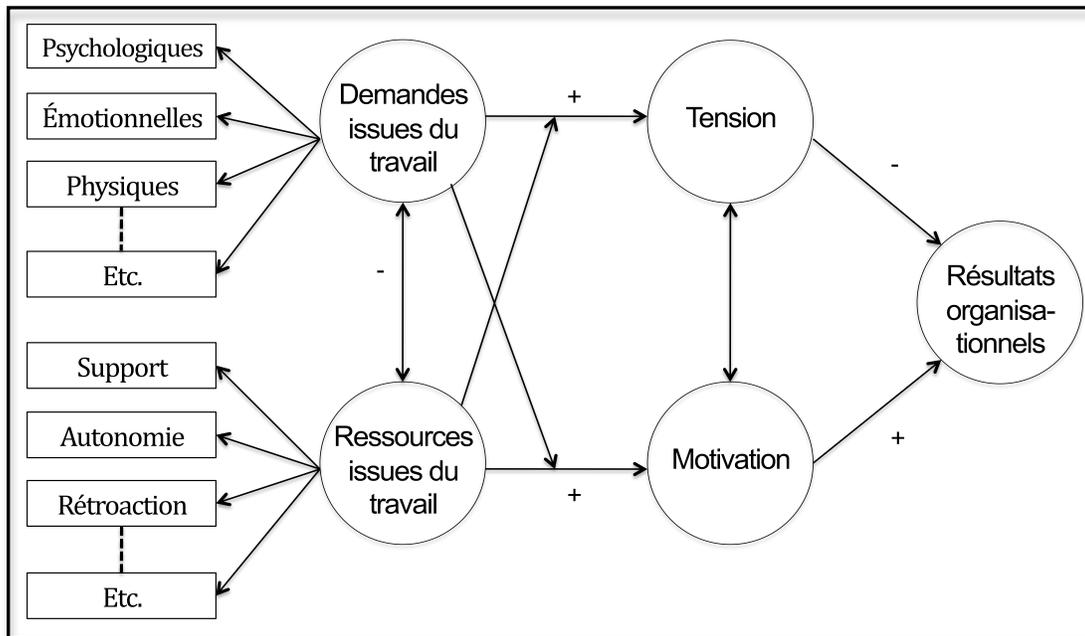
Le caractère restrictif des trois modèles précédents a été critiqué par plusieurs auteurs. Effectivement, les modèles de Karasek (1979 et 1990) et celui de Siegrist (1996) se limitent principalement à deux combinaisons (forte demande-faible latitude décisionnelle pour le modèle de Karasek (1979) et haut niveau d'efforts-faibles récompenses dans le modèle de Siegrist (1996)) pour expliquer les tensions psychologiques vécues par les travailleurs et les troubles de santé associés. Cependant, des recherches empiriques ont révélé plusieurs autres facteurs psychosociaux ayant une capacité prédictive significative dans l'explication de la santé mentale des travailleurs, suggérant un élargissement des facteurs explicatifs pris en compte dans la caractérisation de l'environnement du travail (Martinussen *et al.*, 2007; Maslach *et al.*, 2001). Les études menées par Bakker (2006) et Demerouti (2001) intègrent donc une variété d'indicateurs de bien-être au travail, tant positifs que négatifs, pour analyser la tension psychologique au travail et ses conséquences, plus particulièrement l'épuisement professionnel. Il est important de noter que le modèle Demandes-Ressources (JD-R) a été l'un des premiers à se concentrer spécifiquement sur l'épuisement professionnel, permettant ainsi une compréhension du phénomène (Halbesleben & Buckley, 2004).

Le modèle JD-R repose sur le postulat central de la spécificité des contextes de travail, les facteurs de risque associés au stress étant propres à chaque emploi. Ces facteurs sont réunis sous les concepts généraux de demandes et de ressources, qui permettent une application du modèle à l'ensemble des emplois, indépendamment de leur spécificités (Bakker & Demerouti, 2007). Le concept de demandes inclut les demandes environnementales issues du milieu de travail requérant un effort mental, physique ou psychologique et représentant un certain coût pour l'état de santé de l'individu. Ainsi, la présence de plusieurs risques physiques dans l'environnement de travail (liés à l'utilisation des machines et des équipements professionnels ou à l'exposition à des bruits ou vibrations par exemple), des contraintes de temps et le travail en relation d'aide sont des exemples de demandes. Bien qu'initialement les demandes ne soient pas intrinsèquement néfastes pour le travailleur, conjuguées avec la nécessité de déployer de grands efforts de façon chronique, elles se transforment en stress négatif (Meijman & Mulder, 1998). Les ressources, quant à elle, réfèrent aux caractéristiques du travail permettant au travailleur de réduire le poids des demandes environnementales et leurs coûts respectifs sur sa santé, d'atteindre les objectifs de travail ou qui favorisent sa croissance personnelle et les apprentissages. Ces différents facteurs se retrouvent à plusieurs niveaux : au plan organisationnel (par ex., opportunités de carrière et sécurité d'emploi), des relations sociales et interpersonnelles (par ex., soutien social et climat de travail), de l'emploi lui-même (par ex., autorité décisionnelle et clarté des rôles de chacun) et de la tâche (par ex., autonomie, diversité de la tâche et rétroaction) (Bakker *et al.*, 2004). Les environnements de travail offrant plusieurs ressources favoriseraient le sentiment d'engagement des individus envers leurs tâches (Schaufeli & Bakker, 2004).

À l'instar du modèle de Karasek (1979) et de Siegrist (1996), il y aurait un effet de synergie entre les concepts du modèle de Demerouti (2001). Malgré le fait que les demandes et les ressources initient deux processus distincts jouant un rôle singulier sur la motivation et le stress au travail, le modèle postule également un effet modérateur des ressources sur les demandes (voir **Figure 3**). Effectivement, des demandes élevées et constantes au travail entraînent chez l'individu un état de fatigue mentale ou physique et une tension psychologique qui, à long terme, si les périodes de repos sont insuffisantes, peuvent mener à l'épuisement professionnel et au développement de troubles de santé.

Parallèlement, une déficience au niveau des ressources complique l'atteinte des objectifs fixés, ce qui joue sur la motivation de l'individu, à un niveau intrinsèque et extrinsèque, et mène à un désengagement et à une attitude cynique (Demerouti *et al.*, 2001). Ainsi, les demandes et les ressources ont un effet additif sur l'épuisement professionnel. Enfin, une hypothèse est émise quant à l'effet modérateur des ressources sur l'impact des demandes sur le stress et l'épuisement professionnel. Par exemple, dans un contexte de travail particulier, une ressource tel le soutien social pourrait réduire l'effet des demandes élevées sur le stress en facilitant la performance de l'employé (Bakker & Demerouti, 2007).

**FIGURE 3** - MODÈLE DEMANDES-RESSOURCES DE DEMEROUTI ET COLL. (2001)



Source : Traduction libre de Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.

La capacité prédictive du modèle en lien avec l'épuisement professionnel a été démontrée déjà à plusieurs reprises par les recherches empiriques (Hakanen, Bakker, & Schaufeli, 2006), dont celles des auteurs eux-mêmes (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2003; Bakker *et al.*, 2004; Schaufeli & Bakker, 2004). Des demandes élevées ou une insuffisance des ressources seraient génératrices de l'épuisement professionnel (Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli *et al.*, 2009a). De façon plus particulière, le concept de demandes est relié positivement à la dimension de l'épuisement émotionnel (Bakker *et al.*, 2004; Schaufeli & Bakker, 2004), alors qu'une déficience au

niveau des ressources est associée au cynisme (Bakker *et al.*, 2004; Hakanen *et al.*, 2006). Toutefois, étant donné la nouveauté du modèle, peu de recherches empiriques ont pu vérifier la validité des composantes dont l'idée de deux processus distincts, c'est-à-dire l'effet des demandes sur le stress professionnel et l'effet des ressources sur la motivation (Bakker *et al.*, 2005; Demerouti *et al.*, 2001). Aucune également, à notre connaissance, n'a examiné le modèle JD-R en lien avec la consommation de substances psychoactives.

### **1.2.5.5 - Autres modèles**

Un second modèle théorique spécifique à l'épuisement professionnel exerce également une influence au sein de la littérature actuelle. À l'origine du modèle JD-R, le modèle de la conservation des ressources (COR) (Hobfoll, 1989) favorise la compréhension du phénomène de l'épuisement professionnel en axant son analyse sur les ressources et la perception qu'en a l'individu. À l'instar du modèle de Demerouti et de ses collègues (2001), le COR réfère aux concepts de demandes et de ressources. En effet, le postulat central repose sur l'idée qu'une menace ou une perception de menace sur ce qui importe à l'individu (ressources) est génératrice de stress et donc, d'épuisement professionnel (Hobfoll & Freedy, 1993). L'individu peut percevoir une menace dans diverses situations : la perte catégorique d'une ressource liée à son emploi (par exemple, le support des ses collègues), une iniquité dans un échange social (un individu pourrait s'attendre à recevoir de l'aide de ses collègues lorsqu'il a lui-même aidé ses collègues à diverses reprises) ou des demandes issues de l'environnement du travail excessives. En tant que tel, une menace sporadique ne provoquerait qu'un stress passager. Toutefois, le ressentiment d'une menace continue ou la multiplication des pertes en ressources crée un stress chronique menant à l'épuisement professionnel. De plus, au niveau psychologique, l'ajout d'une demande de travail n'aura pas le même effet que la perte d'une ressource (Leiter, 1991). Conséquemment, les ressources et les demandes ne sont pas associées de la même façon à l'épuisement professionnel : un gain au niveau des demandes pourra entraîner un sentiment d'épuisement émotionnel alors que la perte d'une ressource favorisera le développement d'une attitude cynique et d'un sentiment d'inefficacité professionnelle. Le modèle COR favorise ainsi une meilleure compréhension de divers phénomènes corrélant avec l'épuisement professionnel dont l'engagement au travail et la performance individuelle (Halbesleben & Buckley, 2004). Peu d'études empiriques ont analysé l'épuisement

professionnel à l'aide de ce modèle jusqu'à maintenant, les auteurs préférant celui de Karasek et Theorell (1990) ou même le JD-R (Demerouti *et al.*, 2001).

### **1.2.6 - Les déterminants de la santé mentale et de l'adoption de comportements à risque chez le travailleur**

Certes, les modèles précédents ont contribué à la compréhension de la genèse du stress professionnel de manière générale et ont permis d'identifier certains déterminants organisationnels des troubles de santé mentale. Cependant, le travailleur s'insère dans un environnement social plus large ne se limitant pas uniquement à la sphère du travail. Il entretient des échanges dynamiques avec plusieurs acteurs qui influencent distinctivement son équilibre psychique ou qui modulent son rapport au travail (Marchand *et al.*, 2005a). Les contraintes et les ressources à sa disposition dans la sphère hors travail (famille, réseaux et communauté), de même que ses caractéristiques personnelles, génèrent un certain stress pouvant provoquer des réactions non désirées telles la consommation d'alcool (Marchand *et al.*, 2005b; Marchand *et al.*, 2006) et de médicaments psychotropes (Marchand & Blanc, 2010). Ainsi, dans une visée plus large, il importe de s'attarder, soit aux facteurs du travail, mais également aux facteurs hors travail et aux caractéristiques individuelles du travailleur susceptibles d'influencer la prévalence et la variance de l'épuisement professionnel, de la consommation épisodique excessive d'alcool, de la consommation hebdomadaire d'alcool à risque et de la consommation de médicaments psychotropes.

Deux courants majoritaires en lien avec les caractéristiques personnelles et les facteurs hors travail ont émergé de la littérature sur l'épuisement professionnel au cours des dix dernières années. Le premier courant supporte l'idée que les facteurs individuels auraient un effet modérateur dans la relation entre les facteurs organisationnels et l'épuisement professionnel (Halbesleben & Buckley, 2004). Ainsi, les personnes présentant une sensibilité élevée aux émotions seraient plus enclines à développer le syndrome de l'épuisement professionnel dans un contexte organisationnel difficile (Bakker *et al.*, 2003). Également, le type de personnalité modifierait l'impact des facteurs de stress sur le développement de l'épuisement professionnel puisqu'il aurait un effet particulier sur chacune de ses dimensions. Par exemple, un individu extraverti aurait moins tendance à

ressentir un sentiment d'inefficacité (Maslach *et al.*, 2001). Dans une même lignée, le degré d'intégration de l'individu dans son milieu de travail modulerait l'effet d'un contexte de travail stressant (Maslach *et al.*, 2001). Un fort degré de discordance entre l'individu et son emploi augmenterait les risques de souffrir de l'épuisement professionnel. Un second courant suggère que les sentiments d'injustice et d'iniquité vécus au sein des échanges à caractère social engendraient des troubles de santé mentale (Halbesleben & Buckley, 2004). En tant que tel, les processus socio-cognitifs déclenchés par l'individu influenceraient la relation existante entre le stress et l'épuisement professionnel. En effet, la manière dont l'individu perçoit son environnement déterminera si un élément constituera une ressource ou une demande et si celle-ci sera génératrice de stress. Par exemple, de bonnes relations sociales avec les collègues peuvent à un moment constituer une ressource (par ex., le support social) et à un autre moment une demande (par ex., lorsque l'individu compare son salaire à celui de ses collègues et perçoit une iniquité qui génère un certain stress).

Ainsi, certaines caractéristiques personnelles semblent contribuer au développement des troubles de santé mentale dont l'épuisement professionnel. Le genre et l'âge constituent deux facteurs individuels recensés à plusieurs reprises au sein de la littérature en lien avec la consommation de substances psychoactives et les diverses dimensions de l'épuisement professionnel (voir **Annexe 1**). Par exemple, le fait d'être un homme âgé de moins de trente-cinq ans constituerait un facteur de risque de la consommation d'alcool à risque (Courtney & Polich, 2009). Les contraintes et les ressources imposées par le cadre hors travail (statut socio-économique, statut matrimonial et les obligations parentales) semblent également constituer des facteurs de risque ou de protection pour l'équilibre psychique. L'environnement social dans lequel l'individu se situe (famille et réseau social) et les relations qu'il entretient avec celui-ci peuvent en effet être considérés tant comme une source de plaisir que de souffrance (Marchand *et al.*, 2005a).

Afin de mieux comprendre l'effet de ces divers facteurs et ceux relatifs au travail non traités précédemment sur l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives, nous approfondirons nos connaissances en cette matière dans la section suivante. Un tableau synthèse retrouvé en annexe (Annexe 1) permettra également de recenser les études sélectionnées ayant considéré ces divers facteurs et leurs effets

respectifs sur les trois dimensions de l'épuisement professionnel ou sur la consommation de substances psychoactives.

### **1.2.6.1 - Autres facteurs du travail**

Les divers modèles théoriques du stress professionnel présentés précédemment concluent à l'existence de caractéristiques de l'environnement psychosocial du travail qui créent un stress pouvant éventuellement générer le syndrome de l'épuisement professionnel et des réactions non désirées, notamment la consommation de substances psychoactives. Les concepts de demandes (autant quantitatives, telles des contraintes de temps ou une surcharge de travail, que qualitatives, tels les conflits de rôle) et de ressources (par ex., le soutien social de la part des collègues ou des superviseurs, la latitude décisionnelle et les récompenses) spécifiques au milieu de travail ressortent de plusieurs modèles (Demerouti *et al.*, 2001; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996). En effet, dans le cadre de son emploi, le travailleur aura à faire face à des demandes qui provoqueront un certain stress pouvant être inhibé ou tempéré par l'utilisation de ses ressources ou des mécanismes de protection. Afin d'amenuiser le stress ressenti et de s'y adapter, certains individus opteront pour la consommation d'alcool et/ou de médicaments psychotropes (Marchand *et al.*, 2005a).

Ainsi, il est important d'accorder une attention particulière aux demandes et aux ressources provenant des conditions de l'organisation du travail qui n'ont pas été traitées dans les sections précédentes et de déterminer leur influence sur l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives. Nous nous concentrerons plus particulièrement sur les demandes contractuelles.

#### *1.2.6.1.1 – Demandes contractuelles*

Les horaires de travail et le temps passé à l'exécution des tâches dérivent des demandes contractuelles. De manière plus précise, les demandes contractuelles comprennent la nature du contrat de travail, soit permanente ou temporaire, le nombre d'heures travaillées et le statut y étant relié (temps plein ou temps partiel) ainsi que le quart de travail, pouvant être caractérisé d'atypique (par ex., quarts rotatifs, sur appel ou horaire de nuit) ou de régulier (Marchand *et al.*, 2005a). Or, certaines caractéristiques du contrat de

travail semblent être des sources potentielles de tension psychologique et conséquemment, de divers troubles de santé mentale.

Les quarts de travail atypiques nécessitent une constante adaptation de la part de l'individu, ce dernier devant s'accoutumer aux variations de son cycle circadien (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). Le rythme de vie engendré par des horaires irréguliers entraîne l'isolement social et plusieurs autres conséquences néfastes au plan physique pour le travailleur, dont des troubles de sommeil, de la nervosité et un état de fatigue. L'équilibre entre le travail et la vie privée est d'autant plus difficile lorsque les horaires alternent ou changent constamment au dernier moment (travail sur appel) (Morin & Aubé, 2007). Globalement, ce type d'horaire de travail dit «flexible» est associé à la consommation d'alcool à risque (Frone, 2008; Maranda, 2002) ainsi qu'à l'usage de médicaments psychotropes, plus particulièrement pour le travail de nuit (Niedhammer, David, Degioanni, Drummond, & Philip, 2011). À cet égard, notons que plusieurs travailleurs ont recours aux somnifères afin de contrer leurs troubles de sommeil, conséquences des variations de leur rythme circadien (Estryn-Behar *et al.*, 1990). De plus, les individus travaillant sur des quarts atypiques souffriraient davantage de l'épuisement professionnel, plus particulièrement de l'épuisement émotionnel, que leurs collègues travaillant de jour de façon régulière (Jamal, 2004). Le cynisme et le sentiment d'efficacité professionnelle ne semblent toutefois pas varier significativement en fonction de l'horaire de travail (Jamal, 2004).

Le temps passé au travail peut également rendre la conciliation entre le travail et la vie privée laborieuse (Maslach & Pines, 1977). En fait, en ce qui concerne l'épuisement professionnel, le nombre d'heures travaillées, calculé objectivement, n'explique pas sa variance de façon significative (Schaufeli, Taris, & Van Rhenen, 2008). Lorsque le temps de travail exerce une pression sur l'individu, et donc lorsqu'est mesurée la perception de l'individu, alors il devient garant d'une plus forte prévalence de l'épuisement professionnel (Schaufeli *et al.*, 2008). Néanmoins, dans bien des cas, un nombre inhabituel d'heures travaillées par semaine (plus de 40 heures) est lié à une surcharge de travail et conséquemment, à l'épuisement professionnel, ce qui explique les résultats significatifs de quelques études (Bourbonnais *et al.*, 1999; Landsbergis, 1988). Dans une même lignée, les résultats de plusieurs recherches empiriques soutiennent une association entre un

accroissement du temps de travail et la consommation d'alcool à risque (Ames *et al.*, 2000; Maranda, 2002; Marchand *et al.*, 2011). D'autres études, par contre, en intégrant des facteurs hors travail et des caractéristiques individuelles dans leur modèle d'analyse, rejettent l'effet des heures de travail sur la consommation d'alcool (Marchand, 2008; Marchand & Blanc, 2011). Enfin, le rôle spécifique des heures travaillées sur la consommation de médicaments psychotropes demeure controversé : certains auteurs ont observé une association significative positive (Blanc & Marchand, 2010; Harling *et al.*, 2009; Marchand & Blanc, 2010) alors que d'autres n'ont noté aucun effet (Niedhammer *et al.*, 2011).

Les dernières années et les bouleversements économiques majeurs qui les ont marquées, ont entraîné avec elles un lot d'emplois temporaires, occasionnels et à temps partiel. Or, le sentiment d'insécurité vécu par les individus occupant de tels emplois est susceptible d'engendrer une tension psychique (Morin & Aubé, 2007) pouvant éventuellement mener à l'épuisement professionnel (Bourbonnais *et al.*, 1999; Leiter & Schaufeli, 1996). À cet égard, les emplois temporaires ont été liés à un faible sentiment d'efficacité professionnelle et à un haut degré d'épuisement émotionnel (Landsbergis, 1988). L'insécurité à l'égard de l'emploi et du développement de carrière a également été associée à un usage accru (Marchand & Blanc, 2011; Marchand *et al.*, 2011) et à une consommation abusive d'alcool (Grunberg *et al.*, 1998). L'état d'avancement actuel de la recherche sur l'usage de médicaments psychotropes ne nous permet guère de conclure à l'existence d'une association significative entre la nature du contrat de travail et la consommation de ces derniers.

#### **1.2.6.2 - Facteurs hors travail**

Tel que mentionné précédemment, certains auteurs militent en faveur d'un élargissement des déterminants de la santé mentale et promeuvent l'intégration de facteurs dépassant la sphère du travail. Les structures macrosociales et les structures du quotidien dans lesquelles le travailleur s'insère ainsi que les échanges sociaux qu'il engage avec divers acteurs façonnent son rapport au travail et contribuent au développement du stress (Marchand *et al.*, 2006). À cet effet, une recension systématique de plusieurs études longitudinales illustre l'importance des facteurs hors travail dans la genèse des troubles de

santé mentale (Beauregard *et al.*, 2011). Il importe donc d'étudier les aspects reliés à la famille et à l'entourage du travailleur (au niveau de la communauté et de la société). Aux fins du présent mémoire, nous nous concentrerons sur la situation familiale, plus particulièrement sur le statut économique du ménage, le statut matrimonial et le nombre d'enfants à charge.

#### *1.2.6.2.1 - Statut économique du ménage*

La contribution du statut économique du ménage aux troubles psychiques s'avère maigre et imprécise tel que le démontre une revue systématique recensant treize études sélectionnées pour leur qualité méthodologique (Beauregard *et al.*, 2011). Les individus gagnant un faible revenu présenteraient davantage des troubles de santé mentale au travail et une consommation accrue d'alcool, un revenu insuffisant constituant une source de stress et pouvant exacerber les conflits dans les relations interpersonnelles (Grunberg *et al.*, 1998; Vermeulen & Mustard, 2000). Des études plus récentes démontrent toutefois des résultats contradictoires : une augmentation du revenu favoriserait le développement de comportements à risque quant à la consommation d'alcool (Marchand *et al.*, 2006; Marchand *et al.*, 2011), alors qu'il n'influencerait pas l'usage de médicaments psychotropes (Kivimaki *et al.*, 2007; Moisan *et al.*, 1999). De plus, une relation non linéaire a été observée entre l'épuisement professionnel et les revenus du ménage indiquant que les individus gagnant plus de 60 000\$ US étaient moins à risque (Cunradi *et al.*, 2003).

#### *1.2.6.2.2 - État matrimonial*

Au plan de l'état civil, la situation objective de l'individu exercerait une faible influence sur l'état de santé mentale général (Burke, 1994; Marchand *et al.*, 2006) et sur la prévalence de certains types de comorbidité, dont la cooccurrence entre l'épuisement professionnel et la consommation d'alcool (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2003). Par contre, selon quelques études dont les résultats étaient de plus forte magnitude, le fait d'être célibataire, plus particulièrement pour les hommes, augmenterait sensiblement les risques de souffrir d'épuisement professionnel, de présenter une consommation abusive d'alcool et de faire usage de médicaments psychotropes comme manifestations de santé mentale prises indépendamment (Kouvonen *et al.*, 2005; Marchand & Blanc, 2010; Marchand *et al.*, 2011; Maslach *et al.*, 2001; NgoundoMbongue & Ngoundo, 2005). Effectivement, vivre en

couple amène un certain soutien social permettant d'affronter les situations stressantes vécues au travail, tant que la relation est saine et non conflictuelle (Frone, 1999; Maslach *et al.*, 2001). De façon plus particulière, les travailleurs célibataires éprouveraient davantage d'anxiété (Zhao, He, Lovrich, & Cancino, 2003) et d'épuisement émotionnel que leurs collègues en couple (Hawkins, 2001).

#### 1.2.6.2.3 - Obligations parentales (nombre d'enfants)

Peu d'études ont pris en considération les obligations parentales dans le développement de l'épuisement professionnel. Par contre, certaines se sont attardées à l'influence jouée par le nombre d'enfants en bas âge à la maison dans la genèse de quelques troubles de santé mentale telle la détresse psychologique (Marchand *et al.*, 2006). La présence de très jeunes enfants (moins de 5 ans) dans le ménage serait une source de valorisation et de satisfaction favorisant les expériences de vie positives de l'individu, ce qui ralentirait le développement d'épisodes de détresse psychologique. La revue de littérature réalisée par Truchot (2004) et la recherche de Soler *et al.* (2008) supportent des résultats semblables, où les couples vivant avec des enfants présentent de plus faibles risques de souffrir d'épuisement professionnel. Certaines recherches indiquent toutefois que les soins requis par les enfants peuvent engendrer un stress supplémentaire pour les pères ou mères monoparentales (Landsbergis, 1988; Vermeulen & Mustard, 2000). Dans cette lignée, selon une étude menée par Marchand (2008), les tensions parentales favoriseraient l'adoption de comportements à risque de consommation d'alcool dont l'absorption de plus de dix consommations pour les femmes et de quinze pour les hommes au cours de la même semaine (une probabilité de 33% plus élevée). Toutefois, de façon générale, le fait de vivre en présence d'enfants aurait un effet protecteur sur la consommation abusive d'alcool (Marchand *et al.*, 2011) ou sur les risques de récurrence (Marchand & Blanc, 2011). De plus, cela n'influencerait pas la chronicité de la consommation de médicaments psychotropes (Marchand & Blanc, 2010) ou son incidence (Blanc & Marchand, 2010).

#### 1.2.6.3 - Facteurs individuels

Selon Ames et Janes (1992), la consommation de substances psychoactives est une réaction au stress mettant en cause les caractéristiques physiques et psychosociales

inadaptées du milieu de travail. Cependant, les caractéristiques personnelles et socio-démographiques du travailleur modèleraient cette association et joueraient une importante part dans l'explication de la variance de la consommation entre les individus (Marchand *et al.*, 2011). En effet, certains facteurs individuels constituent des éléments de protection pour le travailleur en atténuant les effets du stress vécu. Dans d'autres cas toutefois, les caractéristiques individuelles peuvent augmenter sa vulnérabilité face au stress et favoriser l'usage de médicaments psychotropes ou la consommation d'alcool à risque.

Au niveau de l'épuisement professionnel, le phénomène serait plutôt social qu'individuel, c'est-à-dire que le bagage socio-démographique propre au travailleur n'influerait que faiblement sa variance (Maslach *et al.*, 2001). Phénomène spécifique au contexte de travail, les conditions dans lesquelles s'exécutent les tâches joueraient une influence considérable et davantage significative sur l'épuisement professionnel (Maslach *et al.*, 2001). Les résultats à cet égard semblent toutefois inconsistants (Schaufeli & Enzmann, 1998). Un courant émerge actuellement au sein de la littérature, où les auteurs analysent l'interaction des caractéristiques individuelles et de l'environnement sur le développement de l'épuisement professionnel. Or, les variables individuelles seraient susceptibles de modérer significativement la relation entre l'environnement et l'épuisement professionnel (Halbesleben & Buckley, 2004).

Dans la prochaine section, nous nous limiterons à l'examen de l'effet du genre et de l'âge sur la cooccurrence entre l'épuisement professionnel, la consommation à risque d'alcool et l'usage de médicaments psychotropes. Ces caractéristiques individuelles seront intégrées au modèle d'analyse de notre recherche en vue de déterminer si elles constituent des facteurs de risque ou de protection.

#### 1.2.6.3.1 - Genre

De manière générale, le genre ne constituerait guère un indicateur significatif du syndrome de l'épuisement professionnel. Une variance dans les résultats des recherches empiriques dénotent une tendance mitigée quant à l'existence de différences selon le genre pour l'épuisement professionnel : quelques-unes ont signalé un plus haut taux chez les femmes (Cunradi *et al.*, 2003) alors que d'autres ont indiqué l'opposé (Hawkins, 2001; Sterud *et al.*, 2007) ou aucune distinction selon le genre (Burke, Richarsen, &

Martinussen, 2006; Kop, Euwema, & Schaufeli, 1999; Landsbergis, 1988; McCarty, Zhao, & Garland, 2007; Soler *et al.*, 2008). Néanmoins, le cynisme serait d'avantage vécu par les hommes alors que les femmes seraient prédisposées à plusieurs facettes de l'épuisement émotionnel (Maslach *et al.*, 2001; McCarty *et al.*, 2007; Schaufeli & Enzmann, 1998; Schaufeli & Greenglass, 2001; Westman & Etzion, 1995). Malheureusement, la plupart de ces études, dont celles de Cunradi et al. (2003), ne comparent simplement que les prévalences retrouvées pour les hommes et les femmes (Hawkins, 2001; Kop *et al.*, 1999; Sterud *et al.*, 2007). D'autres, en plus faible nombre, examinent spécifiquement l'effet du genre sur l'épuisement professionnel et tentent de circonscrire les facteurs explicatifs propres à chacun. Or, dans cette foulée, les résultats de la recherche de McCarty et ses collègues (2007) qui se concentrent sur la main-d'œuvre policière (n= 1100 policiers), ont révélé que les femmes vivaient une expérience de travail différente de celle des hommes quant aux facteurs de stress présents dans leur milieu de travail (par exemple, les scènes de crime constituaient davantage un facteur explicatif de l'épuisement professionnel chez les femmes) et ce, bien que la prévalence de l'épuisement professionnel soit similaire pour les deux genres. L'étude de Burke et al. (2006) suit cette même voie en dévoilant qu'une faible latitude décisionnelle exerçait une plus grande influence sur l'épuisement professionnel pour les femmes policières que pour leurs collègues masculins.

La consommation d'alcool à risque semble plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Une étude de grande envergure (Wilsnack, Vogeltanz, Wilsnack, & Harris, 2000), regroupant seize échantillons composés de populations générales représentatives provenant de dix pays dont le Canada, a mis en exergue les différences observées entre les genres quant à la consommation d'alcool et ses diverses mesures. Les résultats de cette recherche ont indiqué qu'un plus grand nombre d'hommes que de femmes buvait régulièrement des boissons alcoolisées (consommation abusive) et qu'ils étaient plus enclins à consommer de façon épisodique excessive (le ratio étant d'environ 2,5 hommes pour une femme au Canada) (Wilsnack *et al.*, 2000). Cette dynamique a également été observée dans des études empiriques réalisées auprès de la main-d'œuvre en ce qui concerne la consommation abusive d'alcool (Frone, 2008; Marchand, 2008; Marchand *et al.*, 2011; NgoundoMbongue & Ngoundo, 2005) et la consommation épisodique excessive (Kouvonen *et al.*, 2005). Ces recherches n'ont pas cependant procédé à des analyses

statistiques différenciées pour chacun des genres, énonçant plutôt que les prévalences. Nonobstant cette limite, l'étude de Marchand et ses collaborateurs (2011), en calculant le logarithme du rapport des chances (*log-odds ratio*), a permis d'observer que les demandes physiques ne s'associaient pas de la même façon chez les hommes que chez les femmes : des demandes élevées semblaient garantir d'une consommation d'alcool à risque pour les travailleurs alors que l'inverse était retrouvé pour les travailleuses. De plus, les travaux de Kouvonon et ses collaborateurs (2005), en analysant spécifiquement l'effet des facteurs de stress sur la consommation épisodique excessive d'alcool pour chacun des genres, semblent conclure que des niveaux peu élevés d'efforts et de récompenses sont associés à de plus grands risques de consommer de façon épisodique excessive que chez les hommes.

En ce qui concerne l'usage de médicaments psychotropes, l'effet du genre suit une tendance inverse : les femmes travailleuses en consommeraient davantage que les hommes (Lavigne & Bourbonnais, 2010; Marchand & Blanc, 2010; Moisan *et al.*, 1999; Pelfrene *et al.*, 2004). De plus, conjugué à la profession, plus particulièrement au niveau hiérarchique, le genre aurait une incidence sur la chronicité de la consommation de médicaments psychotropes. En effet, les femmes dans les positions de directrices et de superviseuses seraient significativement plus à risque (Marchand & Blanc, 2010). Une latitude décisionnelle limitée aurait également un effet plus néfaste sur les hommes que sur les femmes quant à la consommation de benzodiazépines, une catégorie de médicaments psychotropes (Pelfrene *et al.*, 2004). Il est à noter qu'à nouveau, la plupart des recherches empiriques sur le sujet utilisent le genre à titre de variable contrôle et donc, ne s'attardent pas à la dynamique entre le genre, les stressés professionnels et la consommation de médicaments psychotropes (pour une exception : Pelfrene *et al.*, 2004).

Enfin, au niveau de la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives, l'effet du genre demeure incertain et peu investigué. Seuls les travaux d'Ahola et ses collaborateurs (2006) dégagent, de manière sommaire, les particularités propres aux hommes et aux femmes quant à la comorbidité de l'épuisement professionnel et la dépendance à l'alcool. Effectivement, contrairement aux autres études portant sur la comorbidité (Ahola *et al.*, 2012; Chen & Cunradi, 2008; Cunradi *et al.*, 2003; Gorter *et al.*, 2000; Sterud *et al.*, 2007), cette dernière énonce les prévalences de la cooccurrence pour les hommes et les femmes alors que les autres se

limitent à identifier les prévalences pour la consommation d'alcool ou de l'épuisement professionnel de façon indépendante pour chaque genre. Ainsi, selon les résultats obtenus par Ahola et ses collaborateurs (2006), l'augmentation des risques de dépendance à l'alcool serait plus marquée chez les femmes présentant des scores élevés d'épuisement professionnel que chez les hommes dans la même situation. Malheureusement, les auteurs n'ont pas tenté de dégager des facteurs de stress pouvant expliquer cette comorbidité.

Rappelons que le genre «reflète des différences importantes sur les plans de l'éducation et des conditions de travail et de vie» (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992, p. 65). Ainsi, les différences observées entre les genres ne sont pas nécessairement une question de prédisposition biologique, mais plutôt le résultat de phénomènes complexes tels que la ségrégation des conditions de travail ou les stéréotypes véhiculés à l'égard du rôle joué par chacun. À cet égard, selon une théorie avancée par Ely et Meyerson (2000), le genre est un ensemble complexe de relations sociales s'exprimant au travers d'une gamme de pratiques sociales, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Ces pratiques sociales tendent à reproduire et maintenir une structure sociale dans laquelle l'expérience des hommes hétérosexuels de race blanche prédomine. Les organisations n'y échappent pas : fortement masculinisées, elles ont été créées par et pour les hommes (Britton, 2000; Ely & Meyerson, 2000). Or, l'allocation des ressources, de l'information et les opportunités sont modelées par ces pratiques sociales, ce qui entraîne diverses formes d'iniquité entre les hommes et les femmes, et même entre les différentes ethnies (Ely & Meyerson, 2000).

Ainsi, hommes et femmes réagiraient différemment au stress professionnel et présenteraient des vulnérabilités différentes quant à ses effets (Denton, Prus, & Walters, 2004; McDonough & Walters, 2001). L'organisation sexuée du travail salarié engendre des risques d'exposition différenciés puisque les statuts d'emploi, les quarts de travail, les tâches et les responsabilités diffèrent selon le genre (Artazcoz, Borrell, Cortàs, Escrivà-Agüir, & Cascant, 2007). Par exemple, les femmes occupent principalement les emplois se situant au bas de l'échelle hiérarchique et se concentrent dans les secteurs industriels où la rémunération est la plus basse. Également, au sein des mêmes titres d'emploi, il existe une ségrégation des tâches de travail et donc, hommes et femmes sont exposés à des risques distincts (Artazcoz *et al.*, 2007). Plus particulièrement, au niveau des risques

psychosociaux, les emplois occupés par des femmes sont caractérisés par des tâches répétitives, une charge cognitive élevée, une faible autonomie et une plus grande précarité (par ex., possibilités de promotion moindres et temps partiel non désiré) (Paoli, 2000 cité par Artazcoz *et al.*, 2007). De plus, les rôles joués à l'extérieur de la sphère du travail (par ex., les obligations familiales et les tâches ménagères) peuvent être associés à des vulnérabilités différentes face au stress professionnel chez les hommes et les femmes. À cet effet, la multiplication des rôles pour les femmes pourrait être, dans certaines circonstances (selon le statut d'emploi ou le statut hiérarchique), reliée à de plus grands risques de troubles de santé étant donné le stress et la fatigue engendrés (Messing *et al.*, 2003; Walters *et al.*, 1996).

Plusieurs auteurs en épidémiologie environnementale et professionnelle ont souligné l'importance de considérer l'effet du genre lors de l'étude de problèmes de santé (Artazcoz *et al.*, 2007; Härenstam, 2009; Messing *et al.*, 2003). Malheureusement, la littérature actuelle à ce sujet demeure, elle aussi, marquée par plusieurs iniquités de traitement entre les hommes et les femmes (Härenstam, 2009). Par exemple, les cadres d'analyses utilisés se baseraient essentiellement sur les caractéristiques des emplois traditionnellement occupés par les hommes et la littérature sous-estimerait l'effet du genre sur les risques présents au sein de l'environnement de travail (Artazcoz *et al.*, 2007). Afin de contrecarrer ces dernières limites, Härenstam (2009) suggère l'utilisation de l'analyse typologique (*cluster analysis*) qui permet de prendre en considération le contexte dans lequel s'insère le travailleur et de comparer les facteurs de risque divergents entre les hommes et les femmes. D'ailleurs, une méthode d'analyse dérivée de cette dernière, c'est-à-dire l'analyse en classes latentes, sera employée aux fins du présent mémoire.

#### 1.2.6.3.2 - Âge

La contribution de l'âge à la genèse de l'épuisement professionnel est significative. Les travailleurs plus jeunes rapportent un plus haut taux d'épuisement professionnel que leurs collègues plus expérimentés (Cunradi *et al.*, 2003; Maslach *et al.*, 2001). Également, une méta-analyse effectuée par Brewer et ses collaborateurs (2004) indique une corrélation négative faible entre l'âge et l'épuisement émotionnel. À cet égard, l'expérience de travail varie en fonction de l'âge, ce qui pourrait expliquer la plus grande propension des plus

jeunes à développer des symptômes puisqu'ils n'ont pas encore acquis les stratégies d'adaptation nécessaires pour affronter les exigences de leur milieu de travail (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). L'étude de Loo (1994) corrobore l'association négative entre l'expérience de travail et l'épuisement émotionnel ainsi que le cynisme. Il faut toutefois user de précaution dans l'interprétation des résultats des recherches empiriques qui peuvent être biaisés par l'«effet du survivant», où les travailleurs ayant vécu une période d'épuisement professionnel quittent leur emploi et laissent derrière eux des collègues avec une plus grande capacité d'adaptation et donc, en meilleure santé mentale (Maslach *et al.*, 2001).

L'âge des travailleurs a été déterminé comme un facteur de risque de la consommation de médicaments psychotropes, où les travailleurs âgés seraient plus enclins à en consommer (Lavigne & Bourbonnais, 2010; Marchand *et al.*, 2006; Moisan *et al.*, 2000; NgoundoMbongue & Ngoundo, 2005). À l'opposé, les jeunes travailleurs seraient davantage vulnérables à une consommation d'alcool à risque que leurs collègues plus âgés (Davey, Obst, & Sheehan, 2000; Kouvonen *et al.*, 2005; Marchand *et al.*, 2011) et celle-ci déclinerait en vieillissant (Marchand *et al.*, 2011).

L'âge permet de clore la section afférente aux différents facteurs de risque et de protection identifiés par la littérature. Certes, d'autres facteurs tels la profession ou les traits de personnalité ont été testés dans une moindre mesure avec les divers phénomènes à l'étude. Cependant, leur apport dans l'explication de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives semble controversé ou inconsistant. Dans le cas des traits de personnalité par exemple, des auteurs influents tels Maslach ou Leiter (2001) hésitent à inclure les différences individuelles dans l'étude de l'épuisement professionnel puisqu'ils considèrent celui-ci comme un phénomène social plutôt qu'individuel résultant de conditions de travail contraignantes. Néanmoins, quelques recherches empiriques récentes ont examiné le rôle joué par les traits de personnalité, mais elles demeurent en faible nombre (Bakker, Van Der Zee, Lewig, & Dollard, 2006) et leurs résultats inconsistants, plus particulièrement en ce qui concerne la comorbidité des troubles à l'étude. En guise d'illustration, le névrosisme, qui caractérise des individus inquiets, nerveux et anxieux, n'a pas pu être associé à une consommation d'alcool à risque, ni à sa cooccurrence avec l'épuisement professionnel (Sterud *et al.*, 2007). Contrairement à

plusieurs études s'étant attardées à l'effet de la profession sur la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives (notamment pour les opérateurs : Cunradi *et al.*, 2009; pour les dentistes : Gorter *et al.*, 2000) ou sur les trois troubles étudiés indépendamment (notamment pour les policiers : Burke *et al.*, 2006), notre mémoire s'intéresse à une diversité de professions retrouvées au sein de trente-huit entreprises québécoises et donc, ne cherche pas à circonscrire des dynamiques relatives à l'une ou à l'autre. Ainsi, pour ces diverses raisons, nous avons écarté les traits de personnalité et la profession de la présente recension des écrits.

### **1.3 – Synthèse des connaissances**

Le stress est présent dans le quotidien de plusieurs travailleurs. Il n'épargne aucun milieu de travail. Or, les individus tentent continuellement de s'y adapter afin de réduire la tension psychologique vécue. Malheureusement, cette adaptation se réalise bien souvent à leur dépens ou si elle échoue, se transforme en manifestations dont les conséquences sont multiples. La revue de littérature réalisée dans ce premier chapitre met en lumière certains comportements, pouvant être considérés tant comme des stratégies d'adaptation que des manifestations du stress, aux effets délétères pour l'individu : la consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation hebdomadaire d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes. Elle circonscrit également une manifestation de plus en plus répandue, soit l'épuisement professionnel. Ainsi, de cette recension des écrits se dégagent plusieurs conclusions qui justifient le choix de notre objet de recherche et l'inclusion de variables à notre modèle d'analyse.

Tout d'abord, le phénomène de comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives demeure à ce jour, peu étudié. Quelques recherches empiriques énoncent l'existence d'une telle cooccurrence et sa prévalence, principalement pour la consommation d'alcool, sans toutefois en examiner de façon détaillée les facteurs de risque ou de protection. Seules deux études s'y sont attardées et ont identifié un effet significatif de l'âge et du genre (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2003). Les autres facteurs analysés dans ces deux mêmes recherches empiriques (le statut matrimonial, l'éducation et le revenu d'emploi) n'ont pu expliquer de manière significative

une part de la comorbidité retrouvée. Il appert ainsi incontournable d'approfondir les connaissances à ce sujet.

Dans un second temps, des facteurs explicatifs propres à chacun des troubles ont été identifiés grâce à la recension des écrits réalisée. Le **Tableau 1** présente une synthèse des écrits à cet égard. Les conditions de l'organisation du travail, plus particulièrement le stress sous-jacent, semblent jouer une importante part dans le développement de l'épuisement professionnel ou de la consommation de substances psychoactives. D'ailleurs, plusieurs facteurs se recoupent pour les trois troubles, ce qui nous laisse présager leur contribution au développement de la comorbidité étudiée. Ainsi, de manière générale, une faible latitude décisionnelle, des demandes psychologiques élevées et un soutien social défaillant participent à la genèse de l'épuisement professionnel ou de la consommation de substances psychoactives. Cependant, l'effet des demandes contractuelles a été, à ce jour, peu analysé ou est contradictoire, ce qui nous empêche de tirer des conclusions claires. De plus, bien que les hypothèses des modèles théoriques classiques aient été testées à quelques reprises pour la plupart des troubles à l'étude, seuls les emplois à forte tension semblent constituer un facteur de risque commun à l'épuisement professionnel et à la consommation d'alcool à risque ou de médicaments psychotropes. Le faible nombre d'études analysant l'hypothèse de l'*iso-tension* et les déséquilibres entre les efforts et les récompenses ne nous permet guère de confirmer la capacité prédictive de ces facteurs. Ainsi, il appert important d'examiner à nouveau l'apport respectif des facteurs du travail dans l'explication des troubles étudiés et de leur comorbidité.

S'inscrivant dans un courant d'élargissement des déterminants de la santé mentale, la revue de littérature a également décelé des facteurs hors travail et des caractéristiques individuelles s'associant avec l'épuisement professionnel ou la consommation de substances psychoactives. Toutefois, étant donné la nouveauté des recherches à cet égard, les conclusions dégagées sont mitigées. Selon le trouble analysé, le statut économique du ménage peut constituer un facteur de risque ou de protection. Il en est de même pour les obligations parentales qui amenuisent jusqu'à un certain point le développement de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool à risque, sans pour autant ralentir l'usage de médicaments psychotropes. La majorité des études identifie le célibat comme facteur de risque lorsque les troubles sont étudiés séparément. Cependant, en ce qui

concerne leur comorbidité, l'association demeure non significative (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2003). Enfin, quant au genre et à l'âge, ils s'associent différemment selon le trouble analysé et lorsque la comorbidité est considérée, les résultats suivent une toute autre logique. En guise d'illustration, des risques plus grands de consommation abusive d'alcool sont observés pour les hommes alors qu'ils sont plus faibles pour l'épuisement professionnel. Pourtant, les femmes semblent davantage à risque de souffrir simultanément d'épuisement professionnel et de consommation abusive d'alcool. Face à ces résultats contradictoires ou incomplets, l'intérêt pour un approfondissement des connaissances à l'égard des facteurs hors travail et des facteurs individuels demeure, d'autant plus que la littérature spécifique aux déterminants de la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives est quasi inexistante.

Pour terminer, la recension des écrits montre l'importance d'analyser distinctivement chacune des dimensions de l'épuisement professionnel. Bien que le nombre d'études effectuant cette distinction s'avère limité, il n'en reste pas moins que les facteurs de risque et de protection semblent différer selon la dimension étudiée, plus particulièrement en ce qui concerne les conditions de l'organisation du travail. Quant à la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool, sa prévalence semble également varier en fonction de la dimension de l'épuisement professionnel analysée. Cependant, cette dernière conclusion provient d'une seule recherche empirique, celle de Sterud et ses collaborateurs (2007), et mérite donc d'être vérifiée à nouveau.

TABLEAU 1- SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Épuisement professionnel			
Facteurs	Relation observée	Auteurs	
<b>Facteurs du travail</b>			
Utilisation des compétences	- : EE + : EP	De Jonge et al. (2000b) Schaufeli & Peeters (2000)	
Autorité décisionnelle	- : EE, C et + : EP - : EE, C	Maslach et al. (2001) Schaufeli et al. (2000) et Marchand et al. (2011b)	
Demandes psychologiques	+ : EE  + : EE, C et épuisement prof. en général	Bakker et al. (2004), Schaufeli & Bakker (2004), Leiter & Schaufeli (1996), Martinussen et al. (2007), Maslach et al. (2001), Schaufeli & Greenglass (2001), Schaufeli et al. (2009a) Alarcon (2011), Marchand & Durand (2011b), Truchot (2004)	
Emplois à forte tension	+ : épuisement prof. en général	Bourbonnais et al. (1999), De Lange et al. (2004), Karasek & Theorell (1990), Landsbergis (1988), Marchand & Durand (2011b) et Van der Doef & Maes (1999)	
Demandes contractuelles	Horaires irréguliers	+ : EE et N.S. : C	Jamal (2004)
	Nb heures travaillées	NS	Schaufeli et al. (2008)
	Perception nb heures travaillées	+ : épuisement prof. en général	Bourbonnais et al. (1999), Landsbergis (1988), Schaufeli et al. (2008)
	Emplois temporaires	+ : épuisement prof. et + : EE, EP	Bourbonnais et al. (1999), Leiter & Schaufeli (1996) Landsbergis (1988)
Soutien social au travail	- épuisement prof.  - : EE  + épuisement prof. (effet contagion)	De Jonge et al. (2000b), Schaufeli & Greenglass (2001b) Bakker et al. (2004), Bourbonnais et al. (2009), De Jonge et al. (2000b) Bakker et al. (2005), Halbesleben & Buckley (2004)	
Hypothèse de l' <i>iso-tension</i>	+ épuisement prof.	Bourbonnais et al. (1998), Marchand & Durand (2011b)	
Déséquilibre efforts/récompenses	+ : EE et épuisement prof.	De Jonge et al. (2000a), Houkes et al. (2003)	
<b>Facteurs hors travail</b>			
Statut économique du ménage	- : épuisement prof.	Cunradi et al. (2003)	
État matrimonial	N.S.	McCarty et al. (2007)	
	+ ( <i>h</i> célibataires)	Maslach et al. (2001), Zhao et al. (2003)	
	+ : EE (célibataires)	Hawkins (2001)	
Obligations parentales (nombre d'enfants)	- épuisement prof., + si tensions	Truchot (2004), Sooler et al. (2008) Landsbergis (1988), Vermeulen & Mustard (2000)	

TABLEAU 1 (SUITE) - SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

<b>Épuisement professionnel (suite)</b>			
<b>Facteurs individuels</b>			
Genre	+ <i>f</i> épuis. prof. N.S.  + : EE ( <i>f</i> ) et C ( <i>h</i> )	Cunradi et al. (2003), Thompson et al. (2005) Burke et al. (2006), Hawkins (2001), Kop et al. (1999) Landsbergis (1988), Soler et al. (2008) Maslach et al. (2001), McCarty et al. (2007), Schaufeli & Enzmann (1998); Schaufeli & Greenglass (2001), Westman et al. (1995)	
Âge	- épuisement prof. - : EE, C	Cunradi et al. (2003), Maslach et al. (2001) Brewer et al. (2004), Loo (1994)	
<b>Consommation d'alcool à risque</b>			
<b>Facteurs</b>	<b>Relation observée</b>	<b>Auteurs</b>	
<b>Facteurs du travail</b>			
Latitude décisionnelle	FP	Crum et al. (1995), McNeill (1996), Romelsjö et al. (1992)	
Demandes psychologiques	FR	Crum et al. (1995), Frone (2008), Grunberg et al. (1998)	
	N.S.	Ballenger et al. (2011), Kouvonen et al. (2005 et 2006)	
Emplois à forte tension	FR	Crum et al. (1995), Grunberg et al. (1998)	
	NS	Ballenger et al. (2011), Kouvonen et al. (2005 et 2006)	
	FR : problèmes sévères	Romelsjö et al. (1992)	
Demandes contractuelles	Horaires irréguliers	FR	Frone (2008), Maranda (2002)
	Nb heures travaillées	FR	Ames et al. (2000), Maranda (2002), Marchand et al. (2011c)
	Emplois temporaires	N.S.	Marchand (2008), Marchand et al. (2011a)
		FR	Grunberg et al. (1998), Marchand & Blanc (2011a), Marchand et al. (2011c)
Soutien social au travail	FP	Hemmingsson et al. (1998), Marchand et al. (2006)	
	FR (effet entraînement)	Ames et al. (2000)	
Hypothèse de l' <i>iso-tension</i>	FR	Hemmingsson & Lundberg (1998)	
Déséquilibre efforts/récompenses	FP (cadres hauts niveaux)	Kouvonen et al. (2005)	
	FP (récompenses)	Marchand et al. (2011c)	
<b>Facteurs hors travail</b>			
Statut économique du ménage	FP	Grunberg et al. (1998), Vermeulen & Mustard (2000)	
	FR	Marchand et al. (2006), Marchand et al. (2011b)	
État matrimonial	FR ( <i>h</i> célibataires)	Kouvonen et al. (2005), Marchand et al. (2011c)	
Obligations parentales (nombre d'enfants)	FP	Marchand et al. (2011c), Marchand & Blanc (2011a)	
	FR si tensions	Marchand (2008)	

TABLEAU 1 (SUITE) - SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

<b>Consommation d'alcool à risque (suite)</b>		
<b>Facteurs individuels</b>		
Genre	FR pour <i>h</i>	Marchand (2008), Marchand et al. (2011c), NgoundoMbongue & Ngoundo (2005), Wilsnack et al. (2000)
Âge	FP + âgés	Davey et al. (2000), Kouvonon et al. (2005), Marchand et al. (2011c)
<b>Consommation de médicaments psychotropes</b>		
<b>Facteurs</b>	<b>Relation observée</b>	<b>Auteurs</b>
<b>Facteurs du travail</b>		
Latitude décisionnelle	FP	Karasek & Theorell (1990), Moisan et al. (1999)
Demandes psychologiques	FR	Gay et al. (2008), Harling et al. (2009), Pelfrene et al. (2004)
Emplois à forte tension	FR	Chartrand (2003), Moisan et al. (1999), Pelfrene et al. (2004) et Virtanen et al. (2007)
	N.S.	Lavigne & Bourbonnais (2010)
Demandes contractuelles Horaires irréguliers Nombres d'heures travaillées	FR	Estry-Behar et al. (1990), Niedhammer et al. (2011)
	FR	Blanc & Marchand (2010), Harling et al. (2009), Marchand et al. (2010)
	N.S.	Niedhammer et al. (2011)
Soutien social au travail	FP	Lavigne & Bourbonnais (2010), Marchand et al. (2009), Moisan et al. (1999), Sinokki et al. (2009)
Hypothèse de l' <i>iso-tension</i>	FR(benzodiazépines)	Pelfrene et al. (2004)
Déséquilibre efforts/récompenses	FR	Chartrand (2003), Lavigne & Bourbonnais (2010)
<b>Facteurs hors travail</b>		
Statut économique du ménage	N.S.	Kivimaki et al. (2007), Moisan et al. (1999)
État matrimonial	FR (célibataires)	Marchand et al. (2010), NgoundoMbongue & Ngoundo (2005)
Obligations parentales (nombre d'enfants)	NS	Blanc et al. (2010), Marchand & Blanc (2010)
<b>Facteurs individuels</b>		
Genre	FR pour <i>f</i>	Lavigne & Bourbonnais (2010), Marchand & Blanc (2010), Moisan et al. (1999), Pelfrene et al. (2004)
Âge	FR + âgés	Lavigne & Bourbonnais (2010), Marchand et al. (2006), Moisan et al. (2000), NgoundoMbongue & Ngoundo (2005)

TABLEAU 1 (SUITE) - SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

<b>Comorbidité</b>		
<b>Facteurs</b>	<b>Relation observée</b>	<b>Auteurs</b>
<b>Facteurs hors travail</b>		
État matrimonial	N.S.	Ahola et al. (2006), Cunradi et al. (2003)
<b>Facteurs individuels</b>		
Genre	FR pour <i>f</i>	Ahola et al. (2006)
Âge	FP + âgés	Chen & Cunradi (2008), Cunradi et al. (2003)

Note : + : relation positive, - : relation négative, N.S. : non significatif

Épuis. prof. : épuisement professionnel

FR : facteur de risque, FP : facteur de protection

EE : épuisement émotionnel, C : cynisme, EP : efficacité professionnelle

*f* : femmes, *h* : hommes

## Chapitre 2 – Problématique et modèle conceptuel

La littérature recensée a permis de dégager différents concepts et différentes pistes d'explication au phénomène étudié. L'examen critique de la recension des écrits a permis d'établir les liens entre les divers facteurs explicatifs sélectionnés et d'envisager le sens des relations avec les troubles de santé mentale à l'étude. Composé de trois sections, le second chapitre formule d'abord la problématique de la recherche, une étape primordiale définissant le problème posé et la perspective théorique envisagée. Ensuite, il présente le modèle d'analyse, constitué d'un modèle conceptuel et d'un cadre opératoire, qui sert d'assise à la recherche en l'orientant dans une direction bien définie. Enfin, de la problématique et du modèle d'analyse découle une troisième section, soit les hypothèses de recherche retenues.

### 2.1 – La problématique de la recherche

L'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives présagent plusieurs conséquences au niveau organisationnel et individuel tel qu'il a été mentionné en introduction. La santé mentale est tributaire des relations qu'entretient l'individu avec son entourage et avec son travail. Les diverses demandes environnementales issues du milieu de travail contribuent, en partie, au développement de l'épuisement professionnel, à la consommation d'alcool à risque ou à l'usage de médicaments psychotropes. Or, dans une visée préventive, il appert important d'identifier les facteurs du travail représentant un risque pour l'individu et ceux le protégeant pour chacun des troubles étudiés, mais également pour leur cooccurrence. Cette dernière peut entraîner des conséquences d'autant plus délétères telles qu'une difficulté au niveau de la réussite des traitements et l'usage accru de soins de santé (Kessler *et al.*, 1997).

Selon la recension des écrits réalisée, le stress professionnel est un facteur étiologique commun à la consommation de substances psychoactives et à l'épuisement professionnel. Le stress, vécu de façon chronique ou intense, a un impact négatif sur la santé physique et psychologique des individus et contribue au développement de certains

désordres psychologiques plus graves et comportements de santé à risque (Frone, 1999; Marchand & Blanc, 2010; Maslach *et al.*, 2001).

D'ailleurs, l'épuisement professionnel est défini comme une réaction directe d'ordre psychologique de l'individu à une exposition chronique et spécifique à des facteurs de stress liés au milieu de travail (Maslach *et al.*, 2001). Certaines conditions de travail, selon la revue de littérature réalisée, tels des demandes psychologiques élevées ou un déséquilibre perçu entre les efforts et les récompenses, représentent des facteurs de risque de l'épuisement professionnel, alors qu'un soutien social adéquat des supérieurs et une latitude décisionnelle constituent des facteurs de protection (Demerouti *et al.*, 2001). Malgré le fait que l'épuisement professionnel a été relié spécifiquement au milieu de travail, les recherches empiriques récentes (Cunradi *et al.*, 2009) ont identifié, dans une moindre mesure, l'apport des facteurs hors travail et des caractéristiques individuelles comme pistes d'explication complémentaires aux facteurs de risque et de protection du milieu de travail déjà bien documentés.

Dans une même lignée, la littérature reconnaît une étiologie particulière pour la consommation d'alcool à risque et pour l'usage de médicaments psychotropes. Ainsi, dans une certaine proportion, ces comportements à risque sont attribuables à des facteurs hors travail (par ex., le réseau social, le statut économique et les obligations familiales), à des facteurs du travail (par ex., les demandes physiques et psychologiques, la précarité de l'emploi et le soutien social des collègues) et à des caractéristiques propres à l'individu (par ex., le genre et l'âge) (Marchand *et al.*, 2006).

Toutefois, le nombre d'études considérant simultanément les trois types de facteurs (du travail, hors travail et individuels) pour expliquer l'épuisement professionnel ou la consommation de substances psychoactives est limité. Pourtant, le milieu de travail ne serait pas le berceau de tous les facteurs de risque de l'épuisement professionnel et les caractéristiques individuelles ne seraient pas les seuls facteurs explicatifs de la consommation de substances psychoactives. De plus, la plupart des recherches analysent ces manifestations de façon individuelle, sans étudier leur cooccurrence. Les rares études évaluant cette comorbidité se restreignent à l'identification de la prévalence de la consommation d'alcool en lien avec les différentes dimensions de l'épuisement professionnel (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2009; Sterud *et al.*, 2007), sans

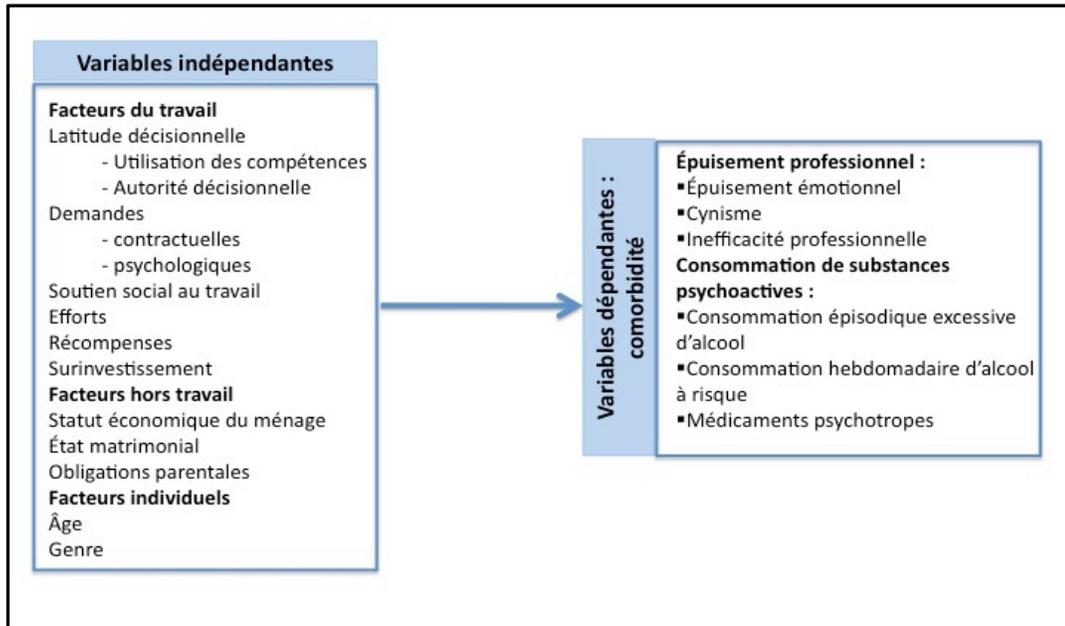
nécessairement en dégager les causes. Seules les recherches d'Ahola (2006; 2012) et de Cunradi (2009) identifient certains déterminants individuels et organisationnels, comme l'âge et le genre de l'individu, mais toujours de façon sommaire.

Ainsi, trois grands objectifs seront examinés au sein de ce mémoire. Tout d'abord, au niveau exploratoire, il s'agira de déterminer s'il y a effectivement cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives au sein d'un échantillon constitué de quatre-vingt-trois milieux de travail québécois. Le cas échéant, un second objectif est de définir les différentes formes de comorbidité, c'est-à-dire les combinaisons possibles entre les divers troubles. L'analyse simultanée de la consommation d'alcool à risque et de la consommation de médicaments psychotropes nous permettra de nous distinguer des recherches réalisées par le passé. De plus, les diverses combinaisons observées de comorbidité, représentées en classes latentes, pourront être expliquées par des caractéristiques qui leur sont propres. Or, le but ultime de ce mémoire sera de dégager les différents facteurs de protection et de risque émanant du travail, de l'environnement hors travail et des caractéristiques individuelles pour chacune des formes de comorbidités possibles.

## **2.2 - Le modèle conceptuel**

Regroupant plusieurs concepts, le modèle illustré à la **Figure 4** énonce des relations caractérisant la comorbidité de la consommation de substances psychoactives et de l'épuisement professionnel, telle qu'étudiée pour ce mémoire. Le modèle conceptuel choisi adopte une perspective particulière en rattachant les divers concepts à une discipline, ici les relations industrielles, et en fournissant un cadre de raisonnement logique nécessaire à la compréhension du problème étudié (Fortin, Côté, & Filion, 2006). Les variables indépendantes et dépendantes dégagées suite à la revue de la littérature y sont illustrées, de même que leurs relations postulées. La visée de ce travail s'inscrivant dans le domaine des relations industrielles, nous nous attarderons principalement aux caractéristiques associées au milieu de travail. Elles constituent donc la majeure partie des variables indépendantes. Les facteurs hors travail et individuels sont également traités de la sorte, bien que nous tenterons de dégager spécifiquement l'influence des facteurs du travail sur la comorbidité étudiée.

FIGURE 4 - MODÈLE CONCEPTUEL



S'inspirant principalement du modèle de Karasek et Theorell (1990) et de celui de Siegrist (1996), le modèle illustré s'approprie plusieurs concepts développés par les auteurs en lien avec le stress au travail et l'enrichit de quelques variables (c'est-à-dire les demandes contractuelles ainsi que les facteurs hors travail et individuels). En fait, les modèles classiques identifient des facteurs organisationnels qui ont été maintes fois testés et validés en lien avec les différentes dimensions de l'épuisement professionnel et avec, dans une moindre mesure, la consommation de substances psychoactives. C'est d'ailleurs pour cette raison que la conceptualisation développée par Demerouti et ses collaborateurs (2001) a été mise de côté, celle-ci se restreignant à l'étude de l'épuisement professionnel. Ainsi, certains facteurs explicatifs de la comorbidité à l'étude (l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques et le soutien social au travail) relèvent du modèle de Demande/Contrôle/Soutien alors que le concept de déséquilibre entre les efforts et les récompenses provient de la conceptualisation élaborée par Siegrist (1996). Enfin, rappelons que ces deux modèles théoriques bénéficient d'un soutien empirique important.

Selon la littérature recensée dans le premier chapitre, une première composante de notre modèle conceptuel, les *facteurs du travail* (utilisation des compétences, autorité décisionnelle, soutien social au travail, demandes contractuelles et psychologiques et les efforts et récompenses), influence directement les différentes dimensions de l'épuisement

professionnel et la consommation de certaines substances psychoactives. Étant donné le stade exploratoire de notre recherche, nous nous sommes limités à l'inclusion de facteurs du travail qui ont été documentés à plusieurs reprises en lien avec les trois troubles à l'étude et qui correspondent aux dimensions des modèles de Karasek et Theorell (1990) et de Siegrist (1996) (voir Annexe 1). À cet égard, l'utilisation des compétences et l'autorité décisionnelle ont été associées respectivement, de façon significative, aux différentes dimensions de l'épuisement professionnel (De Jonge *et al.*, 2000b; Marchand & Durand, 2011a; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Peeters, 2000), à la consommation d'alcool à risque (Crum *et al.*, 1995; McNeill, 1996; Romelsjö *et al.*, 1992) et à l'usage de médicaments psychotropes (Karasek & Theorell, 1990; Moisan *et al.*, 1999). Par contre, leur effet sur la cooccurrence de ces troubles est pratiquement inconnu, ce que nous tenterons d'éclaircir. Au cœur de la théorie de Karasek et Theorell (1990), les demandes psychologiques ainsi que le soutien social au travail ont été étudiés à maintes reprises. De façon globale, pour les trois troubles analysés, les demandes constituent des risques psychosociaux (notamment : Crum *et al.*, 1995; Frone, 1999; Gay *et al.*, 2008; Leiter & Schaufeli, 1996; Martinussen *et al.*, 2007; Maslach *et al.*, 2001; Virtanen *et al.*, 2007). À l'inverse, le soutien social semble être un facteur de protection (notamment : Bakker *et al.*, 2004; De Jonge *et al.*, 2000b; Lavigne & Bourbonnais, 2010; Marchand *et al.*, 2006). De plus, l'effet d'un déséquilibre entre les efforts et les récompenses sur la consommation de substances psychoactives demeure imprécis et mérite d'être validé à nouveau. Toutefois, l'état actuel de la recherche nous informe que ce déséquilibre constitue un facteur de risque de l'usage de médicaments psychotropes (Lavigne & Bourbonnais, 2010) alors que pour la consommation abusive d'alcool, il constitue un facteur de protection (Kouvonen *et al.*, 2005). Davantage étudiée, la capacité prédictive d'un déséquilibre efforts/récompenses en lien avec l'épuisement professionnel a été confirmée (De Jonge *et al.*, 2000a; Houkes *et al.*, 2003).

Notre modèle conceptuel inclut également deux autres composantes, les *facteurs hors travail* et les *facteurs individuels*. L'intégration de certains facteurs externes à la sphère du travail à notre modèle d'analyse s'inscrit dans un courant d'élargissement des déterminants de la santé mentale. Bien que l'apport des facteurs hors travail et individuels dans l'explication de diverses psychopathologies (dont l'épuisement professionnel et la

consommation de substances psychoactives) demeure encore incertain, ces facteurs semblent exercer une influence sur la santé mentale globale des travailleurs (Beauregard *et al.*, 2011). La plupart des recherches recensées au premier chapitre utilisent les facteurs hors travail et les caractéristiques individuelles à titre de variables de contrôle. De la sorte, certaines relations ont été dégagées, notamment l'influence de l'état matrimonial (le fait d'être célibataire) sur l'épuisement professionnel (Marchand & Durand, 2011a) ou du genre (le fait d'être un homme) sur la consommation d'alcool à risque (NgoundoMbongue & Ngoundo, 2005). Cependant, certains facteurs semblent constituer tantôt un facteur de protection, tantôt un facteur de risque selon le trouble analysé (l'épuisement professionnel, l'usage de médicaments psychotropes, la consommation épisodique excessive ou hebdomadaire à risque d'alcool). Conséquemment, en vue de déterminer leur influence spécifique sur les diverses formes de comorbidité étudiées, sont intégrés à notre modèle à titre de variables indépendantes des facteurs hors travail, soit le statut économique du ménage, le statut matrimonial et les obligations familiales (déterminées selon le nombre d'enfants vivant à la maison), et certaines caractéristiques individuelles, soit le genre et l'âge. Le choix de ces variables repose sur une revue sommaire de la littérature exposée au chapitre 1 (voir l'Annexe 1 pour une synthèse). Seuls les concepts évalués par plus de trois études pour chacun des troubles et détenant un soutien empirique considérable ont été retenus.

Le modèle conceptuel considère enfin une association entre les facteurs environnementaux (du travail et hors travail) et certains facteurs individuels (le genre et l'âge) et la *comorbidité* de l'épuisement professionnel, de la consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et de la consommation de médicaments psychotropes. Ces trois troubles peuvent se regrouper sous une seule et même variable, c'est-à-dire la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives. Tel que mentionné lors de la recension des écrits, la définition retenue de l'épuisement professionnel est celle de Maslach (1981) comprenant trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité professionnelle. Les normes canadiennes définissent un seuil à respecter quant à la consommation d'alcool afin que celle-ci demeure sans risque ou à risques moindres. Ainsi, la limite déterminée est de cinq verres consommés lors d'une même occasion, l'excès constituant une consommation

épisode excessive, et de dix verres pour les femmes et de quinze verres hebdomadairement pour les hommes, sans quoi cela est considéré comme une consommation d'alcool à risque. La consommation de médicaments psychotropes se mesure, quant à elle, selon la classification établie par l'ATC (voir la section afférente).

En somme, le modèle conceptuel guidant notre démarche se fonde sur une approche multifactorielle et multidimensionnelle de la santé mentale au travail. Selon celui-ci, les conditions de l'organisation du travail, mais également les facteurs hors travail et quelques caractéristiques individuelles (le genre et l'âge), influencent dans une certaine proportion les différentes formes de comorbidité retrouvées entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives.

### **2.3 - Les hypothèses de recherche**

La revue de littérature réalisée nous a permis de dégager certaines hypothèses de recherche. Cependant, celles-ci demeurent larges étant donné le stade exploratoire de la recherche. En effet, peu d'études à ce jour analysent la comorbidité des différentes dimensions de l'épuisement professionnel, de la consommation épisodique excessive ou hebdomadaire à risque d'alcool et de la consommation de médicaments psychotropes.

**TABLEAU 2 - HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

<p><b>H1</b> : Les trois dimensions de l'épuisement professionnel sont associées à la consommation de substances psychoactives, c'est-à-dire à la consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et à la consommation de médicaments psychotropes.</p>
<p><b>H2</b> : Les facteurs du travail sont associés à la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.</p>
<p><b>H2a</b> : La latitude décisionnelle, le soutien social et les récompenses au travail constituent des facteurs de protection de la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.</p>
<p><b>H2b</b> : Les demandes contractuelles et psychologiques, les efforts et le surinvestissement constituent des facteurs de risque de la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.</p>
<p><b>H3</b> : Les facteurs hors travail (le statut économique du ménage, l'état matrimonial et les obligations parentales) sont associés à la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.</p>
<p><b>H4</b> : Les facteurs individuels (le genre et l'âge) sont associés à la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.</p>
<p><b>H5</b> : La comorbidité des trois manifestations de santé mentale d'intérêt se présente sous différentes configurations (profils-types) dont deux de celles-ci renvoient aux pôles d'un continuum de santé mentale (c.-à-d. états sains exempts de problèmes de santé mentale et états regroupant tous les problèmes de santé examinés).</p>
<p><b>H5a</b> : Un premier profil-type est constitué d'individus dits «fragiles», c'est-à-dire présentant un score élevé à chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel, une consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et une consommation de médicaments psychotropes élevée.</p> <p><b>H5a.1</b> : Ce profil-type est associé à la présence de plusieurs facteurs de risque dans l'environnement de l'individu.</p>
<p><b>H5b</b> : Un second profil-type est constitué d'individus dits sains, c'est-à-dire présentant un faible score à chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel, une consommation épisodique d'alcool modérée et une absence de consommation hebdomadaire d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.</p> <p><b>H5b.1</b> : Ce profil-type est associé à la présence de plusieurs facteurs de protection dans l'environnement de l'individu.</p>

***Hypothèse 1 : Les trois dimensions de l'épuisement professionnel sont associées à la consommation de substances psychoactives, c'est-à-dire à la consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et à la consommation de médicaments psychotropes.***

La consommation de substances psychoactives et les trois dimensions de l'épuisement professionnel sont, en partie, attribuées à l'interaction entre l'individu et son environnement de travail selon plusieurs auteurs (Demerouti *et al.*, 2001; Frone, 1999). En effet, selon les modèles théoriques classiques du stress (Ames & Janes, 1992; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996), ces troubles sont des réactions à une exposition chronique à des demandes environnementales issues du milieu de travail délétères pour la santé mentale de l'individu. Alors que l'épuisement professionnel semble davantage être une manifestation d'un état de déséquilibre entre l'individu et son milieu de travail, la consommation de substances psychoactives semble plutôt constituer un moyen pour pallier au stress et aux émotions négatives. Ainsi, à l'instar de Cunradi et ses collaborateurs (2003), nous émettons l'hypothèse que les travailleurs aux prises avec un niveau élevé d'épuisement professionnel présenteraient également une consommation à risque de substances psychoactives. La configuration de cette cooccurrence serait de nature différentielle.

***Hypothèse 2 : Les facteurs du travail sont associés à la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.***

Les modèles théoriques du stress au travail ont contribué à la compréhension de la tension psychologique vécue au travail et donc, à l'identification de facteurs organisationnels pouvant influencer sur le développement de certains troubles dont l'épuisement professionnel et la consommation à risque de substances psychoactives (Demerouti *et al.*, 2001; Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996). Tel que mentionné lors de la revue de littérature, plusieurs études empiriques soutiennent des relations significatives entre les facteurs du travail et les différents troubles examinés séparément. Ainsi, certains facteurs explicatifs sont communs aux trois phénomènes analysés. Étant donné cette concordance, nous pouvons donc supposer qu'il existe une association entre les facteurs du travail et la comorbidité à l'étude.

***Hypothèse 2a : La latitude décisionnelle, le soutien social au travail et les récompenses constituent des facteurs de protection de la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.***

L'utilisation élevée des compétences et la capacité d'exercer un contrôle sur ses méthodes de travail protègent l'individu des effets du stress au travail en lui procurant un certain sentiment de maîtrise de son environnement (Karasek, 1979; Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). À l'inverse, une faible latitude décisionnelle peut provoquer une augmentation de la tension psychologique et donc, favoriser le développement de plusieurs troubles psychiques. À ce jour, des relations significatives entre des scores élevés aux différentes dimensions de l'épuisement professionnel et une faible latitude décisionnelle ont été observées (Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Peeters, 2000). Également, une faible latitude décisionnelle a été associée significativement à une consommation à risque d'alcool (Siegrist *et al.*, 2004) et de médicaments psychotropes (Moisan *et al.*, 1999). De façon logique, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une grande latitude décisionnelle constitue un facteur de protection de la cooccurrence des phénomènes étudiés. Il en est de même du soutien social au travail, qui, en apportant une aide ou une reconnaissance à l'individu, permet de mieux gérer la tension psychologique provoquée par des situations stressantes (Karasek & Theorell, 1990). Dans une même foulée, les récompenses favoriseraient une consommation modérée de médicaments psychotropes selon l'étude de Marchand et ses collaborateurs (2011c). Ainsi, un soutien adéquat de la part des collègues ou des superviseurs ainsi que des récompenses appropriées augmenteraient les capacités de l'individu à faire face au stress et diminueraient donc les risques de souffrir d'épuisement professionnel, de consommer de façon excessive ou risquée de l'alcool et de faire usage de médicaments psychotropes (voir la revue de littérature).

***Hypothèse 2b : Les demandes contractuelles et psychologiques, les efforts et le surinvestissement constituent des facteurs de risque de la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.***

Des demandes contractuelles contraignantes et des demandes psychologiques élevées issues du milieu de travail peuvent générer une tension psychologique délétère pour l'individu (Karasek, 1979; Marchand *et al.*, 2005a). De manière globale, testées à plusieurs

reprises en lien avec l'épuisement professionnel (Martinussen et al., 2007) et la consommation de substances psychoactives (Grunberg, Moore, Anderson-Connolly, & Greenberg, 1999; Marchand & Blanc, 2010), les demandes contractuelles et psychologiques tendent à accroître la probabilité de rapporter un des trois troubles étudiés. Il en est de même des emplois à forte tension, c'est-à-dire des situations de travail où les individus sont exposés de façon simultanée à des demandes élevées et à un faible contrôle (Grunberg *et al.*, 1998; Marchand & Durand, 2011a; Pelfrene *et al.*, 2004; Van der Doef & Maes, 1999; Virtanen *et al.*, 2007). Malheureusement, l'étude de la comorbidité est encore à un stade préliminaire par rapport à ce sujet et les relations mal définies. Logiquement cependant, nous pouvons émettre l'hypothèse que les demandes contractuelles et psychologiques ainsi que les emplois à forte tension comparativement aux autres formes définies par la typologie de Karasek (1979) constituent des facteurs de risque.

Généralement, les emplois exigeant beaucoup d'efforts sans pour autant comporter des récompenses compensatoires sont associés à une dépendance à l'alcool. Par contre, pour ce qui est de la consommation abusive d'alcool (comprenant la consommation épisodique excessive) la relation est moins claire : seuls les employés des plus bas niveaux hiérarchiques présenteraient une consommation à risque face à une situation de déséquilibre. De fortes récompenses extrinsèques ont toutefois été liées à une consommation modérée d'alcool (Marchand *et al.*, 2011). Les recherches empiriques quant à l'usage de médicaments psychotropes révèlent également des résultats mitigés. Par contre, au niveau de l'épuisement professionnel, les études sont davantage probantes. Les situations de déséquilibre vécues entraîneraient des fortes tensions psychologiques, qui à leur tour, favoriseraient le développement de l'épuisement professionnel (De Jonge *et al.*, 2000a). Cette relation serait également exacerbée pour les individus surengagés (Van Vegchel *et al.*, 2005). Ainsi, étant donné le soutien empirique important dans le cas de l'épuisement professionnel et l'existence de recherches révélant des associations avec les substances psychoactives, nous postulons que les situations où des efforts élevés sont exigés et que le surinvestissement constituent des facteurs de risque de la comorbidité des différents troubles étudiés.

***Hypothèse 3 : Les facteurs hors travail (le statut économique du ménage, l'état matrimonial et les obligations parentales) sont associés à la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.***

Bien que les facteurs hors travail aient été très peu investigués jusqu'à maintenant, ceux-ci exercent une influence certaine sur la santé mentale des individus (Beauregard *et al.*, 2011). Selon la revue de littérature réalisée, l'absence de soutien social de la part du conjoint ou le fait d'habiter seul augmente les risques de souffrir d'épuisement professionnel et de consommer de façon abusive des substances psychoactives (Kouvonen *et al.*, 2005; Marchand & Blanc, 2010; Maslach *et al.*, 2001). Par contre, cette association semble incertaine pour les différentes formes de comorbidité étudiées (Ahola *et al.*, 2006). Cohabiter avec de jeunes enfants aurait un effet protecteur sur la consommation à risque d'alcool et l'épuisement professionnel (Marchand & Blanc, 2011; Truchot, 2004). Cependant, s'il y a présence de tensions dans la relation, la présence d'enfants à la maison constituerait plutôt un facteur de risque (Marchand, 2008). Il appert donc important de préciser la nature de cette association, d'autant plus qu'elle ne semble pas avoir été analysée par le passé en lien avec la comorbidité. Enfin, la contribution du statut économique du ménage au développement des diverses manifestations étudiées ou à leur cooccurrence demeure ambiguë (se référer à la revue de la littérature) et nécessite d'être examinée à nouveau.

***Hypothèse 4 : Les facteurs individuels (le genre et l'âge) sont associés à la cooccurrence des différentes dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives.***

La prévalence de l'utilisation de médicaments psychotropes demeure plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Lavigne & Bourbonnais, 2010), alors que l'inverse est observé pour la consommation d'alcool à risque (Marchand & Blanc, 2011; Wilsnack *et al.*, 2000). En ce qui concerne l'épuisement professionnel, le genre n'exercerait guère une influence significative (Landsbergis, 1988; Soler *et al.*, 2008). Néanmoins, la seule étude s'attardant à l'effet du genre sur la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool indique de plus grands risques pour les femmes (Ahola *et al.*, 2006). Pour chacun des trois troubles à l'étude, l'âge émerge comme un facteur commun à considérer : les jeunes travailleurs souffrent davantage de l'épuisement professionnel (Brewer & Shapard, 2004), sont davantage susceptibles de consommer de l'alcool de façon

abusives (Kouvonen *et al.*, 2005) et sont moins vulnérables à l'utilisation de médicaments psychotropes que leurs collègues plus âgés (Lavigne & Bourbonnais, 2010). Ainsi, puisque l'âge et le genre exercent une influence particulière sur chacun des trois troubles analysés et étant donné l'état d'avancement des travaux quant à la comorbidité, nous ne pouvons prédire s'ils constituent des facteurs de risque ou de protection pour chacune des formes de comorbidité retrouvées.

***Hypothèse 5 : La comorbidité des trois manifestations de santé mentale d'intérêt se présente sous différentes configurations (profils-types) dont deux de celles-ci renvoient aux pôles d'un continuum de santé mentale (c.-à-d. états sains exempts de problèmes de santé mentale et états regroupant tous les problèmes de santé examinés).***

***Hypothèse 5a : Un premier profil-type est constitué d'individus dits «fragiles», c'est-à-dire présentant un score élevé à chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel, une consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et une consommation de médicaments psychotropes élevée.***

***Hypothèse 5a.1 : Ce profil-type est associé à la présence de plusieurs facteurs de risque dans l'environnement de l'individu.***

En vue de réduire le stress vécu au travail, certains individus utiliseraient des stratégies d'adaptation délétères telle la consommation de substances psychoactives (Cunradi *et al.*, 2003). À ce jour, certaines recherches réfutent (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2003) l'association entre l'épuisement professionnel et la consommation d'alcool à risque alors que d'autres la soutiennent (Gershon *et al.*, 2002). L'étude récente d'Ahola et ses collaborateurs (2012) s'avère enrichissante puisque les résultats montrent une relation distincte entre chacune des dimensions de l'épuisement professionnel et la consommation abusive d'alcool. En ce qui concerne l'usage de médicaments psychotropes, il a été identifié comme un facteur de risque de l'épuisement professionnel récemment, révélant ainsi une association entre les deux troubles (Soler *et al.*, 2008). Il est à noter cependant que les résultats des études antérieures étaient peu significatifs (Gorter *et al.*, 2000; Nowack & Pentkowski, 1994). Ces dernières ne concentraient qu'uniquement sur les prévalences et ne permettaient pas d'observer une relation significative entre le concept global de l'épuisement professionnel et la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, lorsque chacune des dimensions de l'épuisement professionnel était mesurée, l'usage de substances psychoactives a été lié à un cynisme plus marqué chez les personnes utilisatrices (Nowack & Pentkowski, 1994). Ces sujets méritent donc un

approfondissement. Nous pouvons toutefois émettre la supposition suivante de façon conséquente : pour les individus dont le stress se manifeste sous forme d'épuisement professionnel, les probabilités seraient plus élevées de retrouver chez ceux-ci une consommation épisodique excessive et à risque d'alcool et une prise de médicaments psychotropes. De plus, nous pouvons supposer que ce profil-type est associé à la présence de plusieurs facteurs de risque dans l'environnement de travail de l'individu et hors de celui-ci en s'appuyant sur l'explication de l'hypothèse H2b.

***Hypothèse 5b : Un second profil-type est constitué d'individus dit sains, c'est-à-dire présentant un faible score à chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel, une consommation épisodique d'alcool modérée et une absence de consommation hebdomadaire d'alcool à risque et de médicaments psychotropes.***

***Hypothèse 5b.1 : Ce profil-type est associé à la présence de plusieurs facteurs de protection dans l'environnement de l'individu.***

Rappelons que le stress professionnel peut être perçu de façon positive ou négative par l'individu selon sa capacité d'adaptation et les stratégies employées (Lazarus & Folkman, 1984). Lorsque ce stress devient chronique ou prolongé, il se manifeste sous trois psychopathologies particulières que sont l'épuisement professionnel, la détresse psychologique et la dépression (Vézina & Institut de la statistique du Québec, 2008). Inversement, nous pouvons supposer que les individus dont les scores à chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel sont faibles, ne vivent pas cette tension psychologique négative (ici, nous écartons la détresse psychologique et la dépression) et possèdent conséquemment les ressources et la capacité d'adaptation nécessaires pour faire face aux demandes environnementales. Ils sont donc moins susceptibles d'utiliser des stratégies d'adaptation délétères telle la consommation à risque de substances psychoactives (Cunradi *et al.*, 2003). En se référant à l'explication de l'hypothèse H2a, nous pouvons également émettre l'hypothèse que les individus composant le profil-type dit «sain» s'insèrent dans un environnement où plusieurs facteurs de protection sont présents.

Les hypothèses ainsi formulées concluent le second chapitre. La problématique a permis d'énoncer les objectifs de la présente recherche et de préciser les facteurs explicatifs clés du phénomène à l'étude. Le modèle d'analyse a, quant à lui, fourni une structure à la problématique en délimitant les composantes et les concepts. Enfin, les hypothèses ont

permis d'anticiper les associations possibles entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives et d'envisager les facteurs de risque et de protection des différentes formes de comorbidité retrouvées. Les hypothèses seront confrontées dans un chapitre ultérieur à des données recueillies auprès de 2 162 travailleurs provenant de quatre-vingt-trois milieux de travail québécois.

## Chapitre 3 - Méthodologie

Le troisième chapitre a pour objectif d'énoncer les fondements méthodologiques qui permettront de répondre aux questions de recherche et de vérifier les hypothèses. Il se compose de trois sections. Le plan d'observation, comprenant l'échantillonnage et la méthode de collecte de données, sera exposé dans un premier temps. La seconde partie présentera la définition succincte des différents concepts illustrés à la **Figure 4** du chapitre précédent et leur opérationnalisation. Enfin, le plan d'analyse statistique décrira les différentes analyses descriptives, bivariées et multivariées envisagées.

### 3.1 - Plan d'observation

Afin de tester les hypothèses définies précédemment et de déterminer s'il y a existence de différentes formes de comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives, nous utiliserons une méthode de type quantitative. En effet, la collecte de données choisie privilégie le traitement statistique des données. Le questionnaire ainsi que les résultats proviennent d'une enquête effectuée entre septembre 2007 et mai 2012 auprès de travailleurs issus de trente-huit entreprises québécoises par les chercheurs de l'Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale (ERTSM) en collaboration avec la compagnie d'assurances Standard Life. S'inspirant de la littérature scientifique sur les différents thèmes abordés, le questionnaire bâti par l'ERTSM comprend 295 questions, dont certaines sont directement tirées de questionnaires et d'enquêtes existants tels que le *Job Content Questionnaire* (Karasek *et al.*, 1998), le *MBI-GS* (Maslach *et al.*, 1996) et l'*ESSQ-98*. Divisé en quatre sections, le questionnaire de l'ERTSM permet de recueillir des informations sur la santé et le bien-être de l'individu, sur ses caractéristiques personnelles (âge, genre, degré de scolarité, etc.), sur son travail et sur les variables hors travail (famille et entourage de l'individu). Le questionnaire a été administré aux travailleurs du Service de Police de la Ville de Montréal (n=410) dans un premier temps afin de le tester et de le valider (phase pré-test). Après quelques légères modifications, le questionnaire a été administré à l'ensemble des travailleurs composant notre échantillon lors d'un entretien avec un membre de l'équipe de recherche. Le présent

mémoire s'inscrit dans les objectifs de recherche de l'ERTSM et vise le développement d'un modèle explicatif élargi de la santé mentale au travail. À ce jour, quelques études ont utilisé une partie des ces données, principalement celles provenant du Service de Police de la Ville de Montréal. Toutefois, aucune n'avait exploré le phénomène de la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives et n'avait eu accès à la base de données complète (n= 2162).

Les données récoltées proviennent d'une enquête effectuée entre 2007 et 2012 auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de trente-huit entreprises québécoises déterminées à partir d'une liste de clients fournie par la compagnie d'assurances Standard Life. Cette méthode a permis d'atteindre des entreprises œuvrant dans divers secteurs économiques et de différentes tailles. À l'aide des taux d'incidence d'invalidité de courte et de longue durée associés aux demandes d'indemnisation en lien avec la santé mentale, les entreprises clientes de la Standard Life ont été classées en deux strates : un premier groupe dont les taux d'absentéisme liés aux invalidités se situaient en dessous du score médian de la population et un second groupe présentant des taux d'absentéisme plus élevés que le score médian. Chaque strate comprenait ainsi une variété d'entreprises parmi lesquelles 101 ont été sélectionnées aléatoirement et contactées par l'ERTSM. Trente-huit entreprises éligibles ont accepté de participer à l'enquête (taux de réponse de 40,9% pour cette étape), offrant tout de même la possibilité de sonder plus de 63 établissements différents. De ce dernier nombre, 22 établissements appartenaient à la première strate (efficacité élevée) et 41 à la seconde (efficacité faible). Au sein de ces derniers, de 30 à 150 travailleurs étaient questionnés, ce qui représentait entre 28% et 100% de leur main-d'œuvre. Les questionnaires ont été administrés sur une base volontaire aux salariés dans un premier temps et ensuite aux cadres supérieurs. L'échantillon final, dont le taux de réponse s'établit à 73,1%, se compose ainsi de 2162 travailleurs occupant diverses professions et provenant de 83 milieux de travail différent (c.-à-d. de divers secteurs de production ou administratifs). De cette façon, au sein d'un seul et même établissement, plusieurs milieux de travail pouvaient être sondés. La récolte des données associées à ce projet de recherche, ayant pour thème « Développer de meilleurs diagnostics, interventions et politiques en santé mentale : Une approche multidisciplinaire », a été complétée à la fin du mois de mai 2012. Plusieurs certificats éthiques pour ce projet ont été délivrés par différentes universités

québécoises (l'Université Laval, l'Université de Montréal et l'Université Bishop's) et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

En termes de critères de sélection des répondants, les participants de l'enquête devaient être âgés d'au moins 16 ans. Également, ils ne pouvaient être absents du travail pour cause de lésion professionnelle ou toute autre maladie. Les entreprises sélectionnées ont été approchées dans un premier temps par le partenaire de recherche, soit la compagnie Standard Life, afin de les inviter à participer à l'étude et d'autoriser les chercheurs de l'ERTSM à les joindre. Ensuite, une première rencontre était prévue entre l'équipe de recherche et les entreprises participantes pour leur expliquer les objectifs de la recherche et en quoi consistait leur engagement. Puis, le questionnaire de 295 questions était administré aux employés sélectionnés lors d'un entretien assisté par ordinateur avec un des membres de l'équipe de recherche. L'agent de recherche de l'ERTSM présent sur place devait répondre aux interrogations et faire signer le formulaire de consentement avant de laisser les répondants compléter le questionnaire. Il devait également expliquer les objectifs de l'enquête et le fonctionnement de l'écran tactile. Ce dernier constituait le support informatique permettant de récolter les informations tout en assurant une certaine confidentialité. L'intervieweur ne pouvait en effet connaître la réponse, mais pouvait s'assurer que le questionnaire était dûment complété. Aucune compensation monétaire n'était remise aux répondants.

Permettant une grande souplesse et la récolte d'informations factuelles, le questionnaire a été choisi, d'autant plus que l'objectif de recherche était d'atteindre un grand nombre de travailleurs (Fortin *et al.*, 2006). Notre instrument de mesure inclut l'ensemble des indicateurs définis à la section suivante. La majorité des questions sont fermées et se limitent à des réponses de type dichotomique ou à des échelles de Likert. Dans le cadre du présent mémoire, nous avons retenu que les aspects du questionnaire de l'ERTSM afférents aux variables étudiées.

### **3.2- Définition et opérationnalisation des concepts**

La définition des différents concepts et leurs sources dans la littérature scientifique ont été rigoureusement exposées lors du chapitre 1. Ainsi, pour chacun des concepts utilisés, seule une brève définition du concept précédera l'énonciation de ses différentes

dimensions et composantes. Enfin, à chacune des composantes seront rattachés divers indicateurs permettant de quantifier et mesurer sur le terrain le concept abstrait (Fortin *et al.*, 2006).

### 3.2.1 - Variables dépendantes

#### 3.2.1.1 - Épuisement professionnel

Tel qu'indiqué dans la revue de littérature, la conceptualisation tridimensionnelle élaborée par Maslach (1986) est celle retenue aux fins de la présente recherche puisqu'elle a été validée maintes fois de manière empirique. Dimension centrale de l'épuisement professionnel, l'épuisement émotionnel est caractérisé par un sentiment de débordement émotionnel constant, de fatigue chronique et d'anxiété. La seconde, le cynisme, réfère directement à la perception détenue par l'individu vis-à-vis de son travail (distanciation et désengagement envers son travail). Enfin, l'inefficacité professionnelle réfère au sentiment de perte des compétences et de réduction de la productivité.

Les trois dimensions identifiées par Maslach découlent en fait du *Maslach Burnout Inventory* qui a été créé pour mesurer l'épuisement professionnel. Le *MBI* demeure le seul instrument mesurant les trois dimensions de l'épuisement professionnel dont les qualités psychométriques ont été validées (Taris *et al.*, 1999). L'étude de Taris et ses collaborateurs (1999) souligne également que les trois dimensions constituent un phénomène unique, l'épuisement professionnel, et qu'elles se distinguent l'une de l'autre par leur variance respective en fonction de certaines conditions de l'organisation du travail.

Il existe plusieurs versions du *MBI*, certaines étant adaptées à des contextes de travail particuliers tels que les emplois en relation d'aide. Aux fins du présent mémoire, le *MBI-General Survey* (*MBI-GS*) élaboré par Maslach, Schaufeli et leurs collègues (Maslach *et al.*, 1996) a été utilisé. Ce dernier est composé de seize indicateurs mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à sept points (0=*Jamais*, 1=*Sporadiquement*, 2= *De temps en temps/une fois par mois au moins* 3= *Régulièrement/quelques fois par mois*, 4=*Souvent/une fois par semaine*, 5= *Très souvent/quelques fois par semaine* et 6= *À chaque jour*) permettant de déterminer la fréquence des comportements ou sentiments (voir Tableau 3). Notons que l'épuisement professionnel est caractérisé par un fort sentiment

d'épuisement émotionnel et de cynisme ainsi que d'un bas niveau d'efficacité professionnelle. Subséquemment, les résultats aux indicateurs définissant l'efficacité professionnelle doivent être inversés (Maslach *et al.*, 1996) pour obtenir l'inefficacité professionnelle. Les deux premières dimensions comportent respectivement cinq indicateurs alors que l'efficacité professionnelle en est constituée de six. Les scores varient donc entre 0 et 30 pour chacune des deux premières dimensions et entre 0 et 36 pour l'efficacité professionnelle. Les trois dimensions possèdent chacune un alpha de Cronbach dépassant le seuil établi de 0,70, ce qui leur confère un caractère satisfaisant pour leur cohérence interne (épuisement émotionnel  $\alpha=0,90$ ; cynisme et inefficacité professionnelle  $\alpha=0,80$ ).

Étant donnée la nature exploratoire de notre démarche de recherche et la méthodologie employée, c'est-à-dire l'analyse en classes latentes, les scores obtenus pour les trois dimensions de l'épuisement professionnel seront divisés en tertiles, en quintiles ou même dichotomisés. Tel que mentionné au chapitre 1, chaque type de division a reçu un soutien empirique (Brenninkmeijer & VanYperen, 2003; Maslach *et al.*, 1996; Schaufeli *et al.*, 2001). Ainsi, au terme de la démarche estimative, la transformation offrant la meilleure explication au plan statistique et la plus porteuse sur le plan de l'avancement des connaissances sera retenue.

**TABLEAU 3 - VARIABLE DÉPENDANTE : ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

<b>Dimension</b>	<b>Indicateurs</b>
Épuisement émotionnel $\alpha=0,90$	Je sens que mon travail m'épuise sur le plan émotif.
	Je me sens complètement vidé(e) à la fin d'une journée de travail.
	Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée au travail.
	Travailler toute la journée représente vraiment un effort pour moi.
	Je sens que mon travail m'épuise complètement.
Cynisme $\alpha=0,80$	J'ai moins d'intérêt pour mon travail depuis que j'ai commencé cet emploi.
	Je suis devenu moins enthousiaste pour mon travail.
	Je veux simplement faire mon travail et ne pas être dérangé(e).
	Je suis devenu cynique à propos du fait que mon travail puisse contribuer à quoi que ce soit.
	Je doute de la valeur de mon travail.
Efficacité professionnelle $\alpha=0,80$	Au travail, j'ai vraiment l'impression que je suis efficace pour faire avancer les choses.
	Je me sens stimulé(e) lorsque j'accomplis quelque chose au travail.
	J'arrive à résoudre efficacement les problèmes qui se présentent à mon travail.
	Selon moi, je fais un bon travail.
	Pour ce travail, j'ai accompli beaucoup de choses qui en valaient la peine.
	J'ai l'impression que ma contribution est utile aux réalisations de cette organisation.

### 3.2.1.2 - Consommation d'alcool

Une consommation d'alcool non contrôlée peut être délétère pour l'individu et présenter plusieurs risques pour sa santé. La consommation d'alcool à risque peut être définie de plusieurs façons, tant en nombre de verres par semaine qu'en quantité de grammes d'éthanol ingérés au cours de la même occasion. Le présent mémoire se concentre sur la consommation épisodique excessive d'alcool permettant de rejoindre les buveurs excessifs, qui sont généralement plus difficiles à discerner lors de sondages étant donné leur profil de consommation particulier. En effet, ces personnes présentent normalement une consommation d'alcool quotidienne relativement faible, à l'exception de certaines occasions où ils boivent avec excès (Courtney & Polich, 2009). Ainsi, la définition retenue est celle présentée dans la majorité des études et établie de manière arbitraire (Bondy *et al.*, 1999) : plus de cinq verres de boisson alcoolisée consommés lors de la même occasion. Ce nombre s'appuie sur une tradition bien ancrée dans la littérature plutôt que sur des résultats empiriques significatifs. Retrouvé initialement dans la littérature anglophone sous le terme «*heavy drinking*», le concept renvoie à plusieurs termes se référant à la même définition :

consommation massive d'alcool, épisode de consommation abusive d'alcool, consommation d'alcool épisodique ou consommation épisodique abusive. Ce travail de recherche se concentre également sur la consommation d'alcool à risque telle que définie par les normes canadiennes. Le comité de référence national sur le sujet recommande effectivement une consommation modérée ne dépassant pas les dix verres hebdomadairement pour les femmes et les quinze verres pour les hommes, sans quoi cela constitue une consommation d'alcool à risque (Butt *et al.*, 2011).

Les indicateurs permettant de mesurer la consommation d'alcool, identifiés au Tableau 4, proviennent de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) réalisée par Statistiques Canada. Conduite à tous les deux ans (la plus récente datant de 2010), cette enquête fournit des informations sur la santé de la population canadienne. Les questions analysant la consommation d'alcool proviennent du cycle 4, c'est-à-dire du questionnaire de 2000-2001. La réponse obtenue par l'indicateur unique pour la consommation épisodique excessive réfère à une échelle de Likert à six points (1=Jamais, 2= Moins d'une fois/mois, 3= Une fois/mois, 4= 2 à 3 fois/mois, 5= Une fois/semaine, 6= plus d'une fois/semaine). Pour la consommation d'alcool à risque, le nombre de verres consommés lors des sept derniers jours précédant l'enquête était considéré afin de dénombrer les individus dépassant le seuil établi.

**TABLEAU 4 - VARIABLE DÉPENDANTE : CONSOMMATION D'ALCOOL**

Type de consommation	Indicateur
Épisodique excessive	Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion ?
Hebdomadaire à risque	Combien de verres de bière, vin ou spiritueux avez-vous bu au cours des 7 derniers jours ?

### 3.2.1.3 - Consommation de médicaments psychotropes

Selon l'*Organisation mondiale de la santé*, les médicaments psychotropes sont des substances altérant l'état de pensée et les sensations de l'individu, ce qui a un effet direct sur le comportement (World Health Organization, 1994). La classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) nous informe des médicaments retrouvés sous cette catégorie. Par exemple, les médicaments psychotropes comprennent les antidépresseurs, les tranquillisants et les analgésiques (World Health Organization, 1994). Pour cette variable,

l'Enquête nationale sur la santé de la population a également été utilisée pour déterminer l'indicateur. Ce dernier provient du cycle 6 couvrant les années 2004 et 2005. L'indicateur unique se compose de plusieurs questions, au nombre de trois, dont les réponses permettent de recueillir des informations de type dichotomique, c'est-à-dire oui ou non. Ainsi, la personne interrogée doit répondre à ces trois questions : « *Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments tranquillisants (ex.Valium, Ativan)?* », « *Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments antidépresseurs (ex.Prozac, Paxil, Effexor)?* » et « *Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments somnifères (ex.Imovane, Nytol, Starnoc)?* ». Toutefois, il est à noter que cet indicateur ne documente que la consommation d'antidépresseurs, de somnifères et/ou de tranquillisants pour le dernier mois.

### **3.2.2 – Variables indépendantes**

#### **3.2.2.1 - Latitude décisionnelle**

Retrouvée dans le modèle de Demande-Contrôle de Karasek (1979), la latitude décisionnelle possède deux composantes, soit l'utilisation des compétences et l'autorité décisionnelle. Il importe d'étudier distinctivement ces dernières puisqu'elles comportent des effets singuliers sur les phénomènes étudiés. À cet effet, l'outil élaboré en 1985 par Karasek, le *Job Content Questionnaire (JCQ)*, version révisée en 1998 (Karasek *et al.*, 1998), nous informe des différents indicateurs propres à chacune des composantes de la latitude décisionnelle (voir le Tableau 5). Notons que le *JCQ* bénéficie d'un soutien empirique important (Karasek *et al.*, 1998; Larocque, Brisson, & Blanchette, 1998; Niedhammer, 2002). La première dimension, l'utilisation des compétences, renvoie à six indicateurs évaluant la flexibilité concédée à l'employé dans l'exécution de ses tâches et au niveau d'habiletés et de compétences nécessaires à leur réalisation. Composée de trois indicateurs, la dimension de l'autorité décisionnelle permet d'évaluer l'autonomie que possède le travailleur dans la prise de décisions. Les divers indicateurs se traduisent par des affirmations auxquelles le répondant doit accorder un pointage défini par une échelle de Likert (1= *Pas du tout d'accord*, 2= *Pas d'accord*, 3= *D'accord*, 4= *Tout à fait d'accord*). Les pointages obtenus sont ensuite additionnés pour obtenir un score variant entre 6 et 24 pour l'utilisation des compétences et entre 3 et 12 pour l'autorité décisionnelle. Il est à noter que le score pour l'indicateur « *Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes*

choses» est inversé. Les alphas de Cronbach pour les deux dimensions demeurent au-dessus du seuil toléré de 0,70.

**TABLEAU 5 – FACTEUR DU TRAVAIL: LATITUDE DÉCISIONNELLE**

<b>Dimension</b>	<b>Indicateurs</b>
Utilisation des compétences $\alpha=0,80$	Mon travail exige que j'apprenne des nouvelles choses.
	Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.
	Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.
	Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses. ( <i>item inversé</i> )
	Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.
	Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.
Autorité décisionnelle $\alpha=0,79$	J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.
	Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.
	J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.

### 3.2.2.2 - Soutien social au travail

Tributaire de l'intégration socio-émotionnelle du travailleur dans son milieu de travail (Levi *et al.*, 2000), le soutien social comprend toutes formes d'interactions entre les individus apportant une aide ou une reconnaissance. Ce soutien peut se présenter tant sous la forme objective, c'est-à-dire par une aide technique ou instrumentale, que sous la forme subjective, qui correspond notamment à une aide émotionnelle ou à la capacité de partager les difficultés vécues au travail avec un collègue (Karasek & Theorell, 1990). La conceptualisation présentée découle également du *JCQ*, le soutien social étant défini dans le modèle de Karasek et Theorell (1990). Ainsi, deux dimensions déterminent le soutien social au travail selon la provenance de l'aide, soit la dimension concernant l'aide apportée par le supérieur immédiat et celle ayant trait à l'aide offerte par les collègues. Ces deux dimensions sont elles-mêmes décomposées en deux sections : instrumentale (aide objective) et émotionnelle (aide subjective). Pour chacune de ces composantes, deux indicateurs sont énoncés.

Les indicateurs pour le soutien social au travail, présentés au Tableau 6, utilisent la même échelle de Likert que pour la latitude décisionnelle. Les scores finaux sont calculés de la même manière et donc, ils se situent entre 8 et 32. L'alpha de Cronbach pour les deux dimensions combinées équivaut à 0,85.

**TABLEAU 6 – FACTEUR DU TRAVAIL: SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL**

Dimension	Composantes	Indicateurs
Supérieur	Instrumentale	Mon supérieur m'aide à mener mon travail à bien.
		Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés.
	Émotionnelle	Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés.
		Mon supérieur prête attention à ce que je dis.
Collègues	Instrumentale	Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mon travail à bien.
		Les collègues avec qui je travaille sont compétents pour accomplir leur travail.
	Émotionnelle	Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt.
		Les collègues avec qui je travaille sont amicaux.

### 3.2.2.3 - Demandes contractuelles et psychologiques

Présenté dans le modèle de Demerouti (2001) et également dans celui de Karasek (1979), le concept de demandes psychologiques correspond aux caractéristiques de l'emploi représentant un certain coût pour l'individu, c'est-à-dire qui requièrent un effort mental ou psychologique. Ces exigences de travail réfèrent notamment à la quantité et à la complexité du travail, aux contraintes de temps et au niveau de productivité attendu. Les demandes contractuelles réfèrent quant à elle aux caractéristiques du contrat de travail susceptibles d'engendrer une tension psychique (Marchand *et al.*, 2005a). Elles se divisent en deux composantes, soit l'horaire de travail et les heures travaillées.

Neuf indicateurs tirés du *JCQ* mesurent les demandes psychologiques telles qu'elles ont été définies par Karasek (1979) (voir Tableau 7) et les évaluent à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points (*1= Pas du tout d'accord, 2= Pas d'accord, 3=D'accord, 4= Tout à fait d'accord*). Les scores doivent être inversés pour trois indicateurs : *On ne me demande pas d'effectuer une quantité de travail excessive, J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail* et *Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres*. Dans une même logique que la latitude décisionnelle, les réponses obtenues sont additionnées et varient entre 9 et 36 pour les demandes psychologiques. L'alpha de Cronbach est satisfaisant avec une valeur de 0,73. Les indicateurs définissant les demandes contractuelles présentées au Tableau 7 proviennent de l'ESSQ-98. L'échelle de Likert permettant de

mesurer l'indicateur de la composante horaire de travail est constituée de 4 points ( $1 = \text{Jamais}$ ,  $2 = \text{De temps en temps}$ ,  $3 = \text{Assez souvent}$ ,  $4 = \text{Tout le temps}$ ). Les réponses obtenues sont dichotomisées, ce qui permet de dénombrer les individus devant conjuguer avec un horaire irrégulier ou imprévisible. Enfin, les heures travaillées sont calculées selon une moyenne hebdomadaire et sont traitées comme une variable continue.

**TABLEAU 7 – FACTEURS DU TRAVAIL : DEMANDES**

<b>Dimension</b>	<b>Indicateurs</b>
Contractuelles	Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé à un horaire irrégulier ou imprévisible.
	En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous à votre emploi.
Psychologiques $\alpha=0,73$	Mon travail exige d'aller très vite.
	Mon travail exige de travailler très fort mentalement.
	On ne me demande pas d'effectuer une quantité de travail excessive. ( <i>item inversé</i> )
	J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail. ( <i>item inversé</i> )
	Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres. ( <i>item inversé</i> )
	Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.
	Mon travail est souvent interrompu avant que je ne l'aie terminé, je dois alors y revenir plus tard.
	Mon travail est très mouvementé.
Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.	

#### **3.2.2.4 - Efforts et récompenses**

Les efforts et les récompenses sont des concepts qui ont été analysés dans le modèle de Siegrist (1996). À cet effet, l'auteur identifie les situations de travail pathogènes comme étant celles où il existe un déséquilibre perçu par l'individu entre les efforts déployés au travail (élevés) et les récompenses reçues en contrepartie (faibles). Les efforts se subdivisent en deux catégories, soit les efforts intrinsèques (surinvestissement), caractérisés par des attitudes et motivations traduisant un engagement excessif de la part de l'individu dans son travail, et les efforts extrinsèques, qui réfèrent à la charge et aux exigences du travail. Les récompenses se divisent en trois composantes, c'est-à-dire les gratifications monétaires (le salaire et les autres avantages), le contrôle du statut (la possibilité d'accéder à des promotions et la sécurité d'emploi) et l'estime de la part des supérieurs et des collègues (sentiment de justice, soutien et respect).

Les indicateurs permettant de mesurer ces concepts et leurs diverses composantes proviennent de la version française du questionnaire du Déséquilibre Efforts/Récompenses (Niedhammer, Siegrist, Landre, Goldberg, & Leclerc, 2000) qui a été validée à plusieurs reprises depuis sa création. Une version allégée du questionnaire a été utilisée pour les fins de ce mémoire et donc, ne comprend pas certaines divisions de la composante intrinsèque des efforts tel le besoin d'approbation (voir Tableau 8). Pour chaque indicateur, le répondant devait attribuer un pointage défini en fonction d'une échelle de Likert en quatre points identique à celle utilisée par le *JCQ* (1= *Pas du tout d'accord* à 4= *Tout à fait d'accord*). Par l'addition des différents pointages, les scores finaux calculés varieront entre 5 et 20 pour les efforts extrinsèques, entre 6 et 24 pour le surinvestissement et entre 6 et 44 pour les récompenses. Il est à noter que l'item «*Mon travail exige des efforts physiques*» a été écarté du présent travail de recherche à des fins de validité de l'échelle de mesure. Un tel retrait a été effectué antérieurement (Niedhammer *et al.*, 2000). Également, suivant les recommandations de Niedhammer et ses collègues (2000), il a été décidé de conserver les six items composant le surinvestissement. Les pointages de certains indicateurs doivent être inversés, dont notamment «*Mes perspectives de promotion sont faibles*» et «*Ma sécurité d'emploi est menacée*». De façon générale, les alphas de Cronbach pour ces concepts arborent un caractère très satisfaisant avec des valeurs variant entre 0,78 et 0,84.

TABLEAU 8 – FACTEURS DU TRAVAIL : EFFORTS ET RÉCOMPENSES

Dimension	Composantes	Indicateurs
Efforts	Extrinsèques $\alpha=0,78$	Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail.
		Je suis constamment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail.
		J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail.
		Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires.
		Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.
		Mon travail exige des efforts physiques.
	Intrinsèques $\alpha=0,82$	Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps.
		Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin.
		Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail. ( <i>item inversé</i> )
		Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail.
		Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit.
		Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir.
Récompenses $\alpha=0,84$	Gratifications monétaires	Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.
	Estime	Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.
		Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.
		Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.
		On me traite injustement à mon travail. ( <i>item inversé</i> )
		Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail.
	Contrôle du statut	Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail. ( <i>item inversé</i> )
		Mes perspectives de promotion sont faibles. ( <i>item inversé</i> )
		Ma sécurité d'emploi est menacée. ( <i>item inversé</i> )
		Ma position professionnelle correspond bien à ma formation.
		Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.

### 3.2.2.5 – Facteurs hors travail et facteurs individuels

Tel que mentionné précédemment, des facteurs hors travail et des caractéristiques individuelles, c'est-à-dire l'état matrimonial, le statut économique du ménage, les obligations parentales, le genre et l'âge, peuvent influencer sur l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives. Il y a donc lieu de déterminer si ces variables

constituent des facteurs de risque ou de protection pour chacune des formes de comorbidité étudiées. La définition de ces variables indépendantes est celle couramment utilisée, mis à part les obligations familiales qui correspondent au nombre d'enfants dans le ménage (voir Tableau 9). La formulation des questions est tirée de *l'Enquête sociale et de santé du Québec* de 1998 sauf pour les obligations familiales qui proviennent du cycle 4 de l'*ENSP*.

Tout d'abord, l'âge est considéré comme une variable continue où le répondant doit indiquer l'année de sa naissance. Le genre est une variable binaire (0=*masculin*, 1=*féminin*) et l'état matrimonial est évalué grâce à une échelle à choix multiples (1=*marié(e)*, 2=*en union libre/conjoint(e) de fait*, 3 = *veuf ou veuve*, 4=*séparé(e)*, 5=*divorcé(e)*, 6=*célibataire, jamais marié*). Toutefois, les réponses obtenues pour l'état matrimonial sont par la suite dichotomisées (0=*seul(e)*, 1=*couple*). Nombreuses études ont démontré l'influence du fait de vivre en célibat ou en couple sur l'épuisement professionnel ou la consommation de substances psychoactives (se référer au chapitre premier). Le statut économique du ménage est d'abord évalué à l'aide de douze tranches de revenu (1= *moins de 20 000\$*, 2=*20 000\$ à 29 000\$*, 3=*29 000 à 39 000\$* et ainsi de suite jusqu'à 12= *120 000\$ et plus*). Puis, les réponses fournies sont divisées selon deux tranches de revenu (0=*69 000\$ et moins*, 1=*70 000\$ et plus*). Pour terminer, les obligations parentales, référant au nombre d'enfants vivants avec les parents, sont d'abord mesurées à l'aide d'une variable continue et ensuite à l'aide d'une variable dichotomique, distinguant les ménages vivant avec enfant(s) de ceux sans enfant.

**TABLEAU 9 – FACTEURS HORS TRAVAIL ET INDIVIDUELS**

Concept	Indicateur
Âge	Année de naissance
Genre	Homme ou femme
État matrimonial	En couple (marié, en union libre/conjoint de fait) ou vivant seul (veuf, séparé, divorcé, célibataire, jamais marié)
Statut économique du ménage	Revenu total approximatif avant impôts et retenues de tous les membres du ménage au cours des 12 derniers mois
Obligations parentales	Nombre d'enfants vivant actuellement avec le répondant

### **3.3- Plan d'analyse**

#### **3.3.1 - La préparation des données**

Tout d'abord, les analyses préliminaires ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Les analyses principales, quant à elles, ont été complétées grâce au logiciel MPlus. En vue du traitement des données avec ces logiciels, certaines données pouvant présenter des valeurs manquantes ont dû être écartées. Bien que la collecte de données à l'aide d'un écran tactile a permis d'assurer une certaine qualité des données en favorisant des réponses complètes et des questionnaires dûment remplis (une très grande majorité des questionnaires était complétée à 100%) (Gavard-Perret & Aubert, 2008), il y avait tout de même la possibilité pour les participants de s'abstenir de répondre. En effet, pour plusieurs indicateurs, ils pouvaient choisir l'option «*refus de répondre*».

#### **3.3.2 - L'analyse descriptive**

L'analyse descriptive des données consiste à décrire les caractéristiques de l'échantillon et à répondre aux questions de recherche en soumettant les données brutes recueillies à des tests statistiques (Fortin *et al.*, 2006). Ainsi, en vue de déterminer les particularités propres aux individus composant notre échantillon de 2 162 travailleurs provenant de trente-huit entreprises québécoises, des mesures de tendance centrale et de dispersion (par ex., moyenne, médiane et écart-type) ont été utilisées. Dans un objectif de généralisation des résultats à d'autres populations, les mesures de tendances centrales permettent de saisir ce qui est typique à un ensemble de données et facilitent la comparaison d'un échantillon (Fortin *et al.*, 2006). Conséquemment, il a été possible de déterminer si les statistiques obtenues pour notre échantillon étaient similaires à celles de d'autres échantillons issus d'entreprises provenant des mêmes secteurs industriels ou comparables à des données retrouvées dans un tout autre contexte.

#### **3.3.3 - Les analyses bivariées**

Des analyses bivariées ont été effectuées afin de vérifier si les différentes variables de notre étude corrélaient ensemble. Effectivement, les analyses bivariées visent à éliminer ou à regrouper les variables qui mesurent sensiblement les mêmes concepts, ce qui permet

de discerner les relations significatives des situations de colinéarité. Le rejet d'une des deux variables colinéaires favorise une meilleure compréhension du phénomène à l'étude en évitant d'accorder une trop grande importance à ces dernières dans l'explication de la variance du phénomène. Les analyses de corrélation ont été réalisées à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson qui vérifie la relation entre deux variables (Fortin *et al.*, 2006).

### **3.3.4 - Les analyses multivariées : l'analyse en classes latentes**

Apparue au sein de la littérature scientifique dès 1950, la méthode d'analyse en classes latentes élaborée par Lazarsfeld permet de diviser une population ou un échantillon en sous-groupes présentant des combinaisons de facteurs de risque et de protection semblables et se distinguant des autres groupes par leurs caractéristiques particulières (Mancha, Hulbert, & Latimer, 2012). Utilisée dans le domaine de la psychologie et de la médecine, cette méthode classe les individus selon leur profil symptomatique, ce qui permet de cibler le traitement et de préciser le pronostic (Mancha *et al.*, 2012). Dans le cas qui nous importe, l'analyse en classes latentes dégagera des profils-types à partir d'une population composée d'individus provenant de quatre-vingt-trois milieux de travail québécois. Les profils-types correspondront à des configurations particulières de réponses aux différents indicateurs de santé mentale examinés, c'est-à-dire aux trois dimensions de l'épuisement professionnel, à la consommation épisodique excessive d'alcool, à la consommation hebdomadaire d'alcool à risque et à la consommation de médicaments psychotropes. Conséquemment, il sera possible de déterminer la nature des associations existantes entre les trois troubles à l'étude et de définir la typologie de la comorbidité en santé mentale. Ainsi, une première hypothèse (H1), soit celle dite d'association, pourra être vérifiée. De plus, aux profils-types de comorbidité définis pourra être rattachée une constellation de facteurs de risque et de protection (identifiés au chapitre 1) qui leur sera propre. De cette manière, par l'entremise du second groupe d'hypothèses dit de relations, nous pourrions déterminer les facteurs du travail (par ex., la latitude décisionnelle, le soutien social et les demandes psychologiques) (H2), hors travail (par ex., le statut économique du ménage et l'état matrimonial) (H3) et individuels (par ex., l'âge et le genre) (H4) associés aux différentes formes de comorbidité retrouvées et ceux offrant une protection ou entraînant des risques pour le travailleur. Enfin, l'existence de deux types de comorbidité précis renvoyant aux deux pôles sur un continuum de santé mentale pourra être vérifiée à la

suite des analyses en classes latentes (H5 et celles en découlant, c.-à-d. le groupe d'hypothèses dit de comorbidité).

### 3.3.4.1- Objectifs et concepts de base

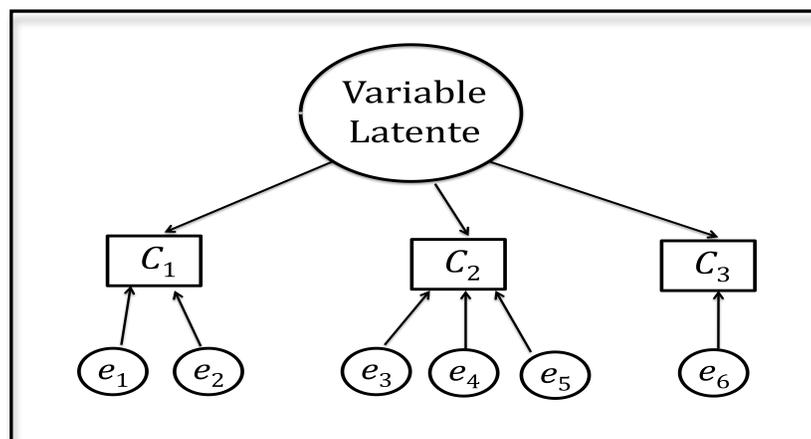
Reposant sur la théorie des variables latentes, c'est-à-dire sur l'existence de variables non observables et non mesurables directement, l'analyse en classes latentes a pour objectif de définir les variables latentes en recherchant une logique, une structure sous-jacente à des données récoltées sur le terrain (Gavard-Perret & Aubert, 2008). En effet, il est possible d'observer une variable latente par l'entremise d'indicateurs qui eux sont manifestes (Clogg & Goodman, 1984). Ainsi, une variable latente (**voir Figure 4 : L**) est constituée d'un ensemble de phénomènes observables, c'est-à-dire d'un ensemble d'indicateurs (*e*) qui ont pu être mesurés, par exemple, à l'aide de questionnaires. Cette méthode s'apparente grandement à l'analyse factorielle dans sa volonté de simplification de l'information et de substitution d'un nombre initial de variables par une structure sous-jacente réduite, mais pour des variables manifestes mesurées à l'aide d'échelle nominale ou ordinale. Ces variables sont donc qualitatives tout comme la variable latente elle-même.

Une première prémisse de la méthode statistique d'analyse en classes latentes stipule que la covariation observée entre les diverses variables manifestes résulte de leur relation avec la variable latente uniquement (McCutcheon, 1987). Cette prémisse repose sur l'hypothèse d'indépendance conditionnelle des variables manifestes : au niveau local, c'est-à-dire à l'intérieur de chacune des classes, les variables manifestes sont indépendantes (Collins & Lanza, 2010). Elles ne sont interreliées que par leur lien respectif avec la variable latente. Un second postulat de cette méthode réfère au concept de classe : la variable latente est formée de divers sous-ensembles (*C* classes latentes) regroupant des individus dont les probabilités de réponses aux diverses variables manifestes (aux indicateurs) sont semblables (McCutcheon, 1987). Chaque sous-ensemble présente donc une combinaison particulière de réponses. Cette méthode permet de classer une population hétérogène en sous-groupes sensiblement homogènes par le biais de la classe latente (Muthén & Muthén, 2000). Le but ultime est de déterminer le plus petit nombre de classes pouvant décrire le plus fidèlement les relations existantes au sein d'un ensemble de variables manifestes (Muthén & Muthén, 2000). Lorsque le nombre optimal de classes est

atteint, les covariations observées entre les indicateurs s'expliquent par la dépendance de chaque indicateur à la variable latente.

De plus, le modèle d'analyse se compose principalement de deux éléments, c'est-à-dire les probabilités pour l'individu d'appartenir à chacune des classes et ses probabilités de correspondre à chacun des paramètres identifiés pour les diverses classes. En bout de ligne, le modèle permet d'associer chaque individu à une seule et unique classe en fonction de ses probabilités d'appartenance (Collins & Lanza, 2010). Également, au sein d'un échantillon, il est possible d'obtenir la prévalence (la proportion d'individus) pour chacun des sous-ensembles. Il importe de spécifier que chacune des classes est mutuellement exclusive et exhaustive. Donc, un individu ne peut appartenir qu'à une seule classe (Muthén & Muthén, 2000). Ainsi, ce modèle d'analyse, qui adopte une approche centrée sur l'individu, tient compte de l'hétérogénéité d'une population, même celle inobservable.

**FIGURE 5 – MODÈLE DE CLASSES LATENTES (Collins & Lanza, 2010)**



Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2010). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. Hoboken, USA: Wiley.

De façon précise, aux fins du présent mémoire, nous postulons que l'état de santé mentale des travailleurs est représenté par différents profils-types de comorbidité, c'est-à-dire par diverses classes latentes. En effet, l'analyse en classes latentes permettra d'évaluer si les variables dépendantes (les trois dimensions de l'épuisement professionnel, la consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation hebdomadaire d'alcool à risque et la consommation de médicaments psychotropes) se regroupent différemment chez

les travailleurs. Le cas échéant, ces sous-groupes, représentés en classes latentes, et le fait d'appartenir à un sous-groupe particulier (par exemple, un groupe présentant un haut degré de cynisme et une forte consommation de médicaments psychotropes) plutôt qu'à un autre (par exemple, un groupe caractérisé par un haut degré d'épuisement émotionnel et une consommation épisodique excessive d'alcool) pourra être expliqué par la présence de certains facteurs de risque ou de protection dans le milieu travail et à l'extérieur de celui-ci (par ex., demandes psychologiques élevées, obligations parentales élevées et genre).

### 3.3.4.2- Détermination du nombre de classes

Afin de déterminer le nombre de classes correspondant à une description fidèle des relations existantes entre les variables manifestes, des indices statistiques ont été déterminés au sein de la littérature scientifique. Le nombre de classes doit être à la fois valide au niveau statistique et facilement interprétable. Le nombre idéal doit ainsi minimiser la variance au sein de chacune des classes et maximiser les différences entre les classes.

Différents critères nous permettront d'établir le modèle le mieux ajusté à cet effet. Le critère d'information bayésien (BIC), le critère d'information d'Akaike (AIC) et le test du rapport de la vraisemblance de Lo-Mendell-Rubin sont ceux habituellement utilisés. Les deux premiers critères, le BIC et l'AIC, s'appuient sur une logique d'ajout de paramètres (de classes) en vue d'atteindre le modèle correspondant le mieux à la réalité (C+1) (Hagenaars & McCutcheon, 2002). Ces critères donnent en fait une approximation du calcul de la vraisemblance des données en fonction d'un modèle en particulier. Afin de déterminer le modèle le mieux ajusté et d'éviter un surajustement (un *overfitting*), ils introduisent des pénalités en fonction du nombre de paramètres inclus dans le modèle et de la taille de l'échantillon. Notons que le BIC propose des pénalités plus sévères que l'AIC. Dans les deux cas, c'est-à-dire tant pour le BIC que l'AIC, le modèle le mieux ajusté sera celui minimisant le critère d'information (Hagenaars & McCutcheon, 2002). Le test du rapport de vraisemblance de Lo-Mendell-Rubin s'appuie, quant à lui, sur une logique inverse : il juxtapose un modèle à C classes latentes à celui contenant C-1 classes afin de comparer leur qualité d'ajustement (Lo, Mendell, & Rubin, 2001). Ce test fournit une valeur *p* dont l'interprétation permet de déterminer si l'ajout d'une classe améliore de façon

significative la qualité d'ajustement d'un modèle. Un modèle estimé présentant une valeur  $p$  plus petite sera choisi au détriment d'un modèle contenant une classe en moins.

De plus, afin d'assurer une certaine robustesse du modèle estimé au niveau statistique, nous utiliserons certains paramètres bien définis lors des analyses en classes latentes. Le nombre d'itérations nécessaires à l'identification du modèle estimé sera fixé à 500. Dans le cas des valeurs d'optimisation, le nombre sera fixé à 20. Ainsi, nous vérifierons que la procédure d'estimation ait été reproduite et qu'elle ne traduise pas une solution locale.

Lorsque le nombre de classes a été identifié, il demeure la responsabilité du chercheur de les nommer à partir d'une vue d'ensemble de leur composition (Collins & Lanza, 2010). Nous pourrions en effet nous référer aux probabilités observées les plus élevées pour chacun des paramètres ou établir une comparaison avec les autres classes (par ex., si une probabilité de 0,85 de faire usage de médicaments psychotropes et une de 0,7 de consommer de l'alcool de manière excessive sont retrouvées dans une classe, cette dernière pourra être désignée «consommation de substances psychoactives à risque élevé»). Enfin, nous pourrions déterminer la conformité des classes en analysant les associations existantes entre les facteurs de risque et de protection et le fait d'appartenir à une classe en particulier à l'aide de régressions multinomiales logistiques, plus précisément de rapports de chance, ce qui contrastera la probabilité de présenter un facteur de risque ou de protection donnée pour une classe latente relativement à une autre. Le prochain chapitre fait état du nombre de classes exact pour notre échantillon, de leur appellation respective et des résultats obtenus pour les diverses régressions réalisées.

Pour terminer, étant donné la méthode d'échantillonnage employée, nous avons corrigé l'effet de plan lors de nos analyses multivariées. Effectivement, dans chacun des milieux de travail ( $n=83$ ), au moins 25% de la main-d'œuvre était sondée. Or, les répondants provenant d'un même groupe (c.-à-d. du même milieu de travail) étaient davantage susceptibles de présenter des caractéristiques semblables comparativement à des répondants provenant de groupes distincts. Ainsi, la mesure de l'effet de plan considère le degré de divergence entre la variance du plan d'échantillonnage employé et la variance d'un plan d'échantillonnage aléatoire simple (Levy & Lemeshow, 2011).

Ce troisième chapitre a permis de définir concrètement la méthode choisie afin de répondre aux questions de recherche formulées. De manière plus particulière, le plan d'observation nous a renseigné sur les caractéristiques de la population ciblée par cette recherche et sur la méthode de collecte de données employée. L'opérationnalisation des concepts a exposé une description des instruments de mesure utilisés et leur validité. Enfin, le plan d'analyse nous a informé de la façon dont les données récoltées ont été traitées, c'est-à-dire à l'aide de l'analyse en classes latentes, en vue d'une interprétation des résultats.

## **Chapitre 4 – Résultats**

L'objectif de ce quatrième chapitre est d'analyser les informations colligées auprès d'un échantillon de travailleurs québécois afin de vérifier de manière empirique notre modèle conceptuel de la comorbidité en santé mentale au travail ainsi que ses hypothèses sous-jacentes. Trois sections composent ce chapitre, correspondant chacune à des étapes spécifiques de la démarche de validation empirique entreprise. Dans une première section, la méthodologie employée lors des étapes préliminaires d'analyse, c'est-à-dire la préparation de la base de données secondaires aux analyses, est décrite. Une seconde section expose les résultats des analyses univariées. Elle examine également les associations bivariées entre les trois troubles de santé mentale à l'étude, soit l'épuisement professionnel (l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'inefficacité professionnelle), la consommation d'alcool à risque (la consommation épisodique excessive et la consommation hebdomadaire d'alcool à risque) et la prise de médicaments psychotropes, et les variables indépendantes (les facteurs du travail, hors travail et les caractéristiques individuelles). Enfin, une troisième section rapporte les résultats de la validation des hypothèses de recherche (H1 à H5) investiguées par le biais des analyses multivariées.

### **4.1 – Préparation de la base de données aux analyses**

Suivant les recommandations de Tabachnick et Fidell (2012), un protocole a été élaboré en vue de préparer la base de données aux analyses avec une attention particulière portée à la présence de valeurs manquantes et aberrantes.

En ce qui concerne l'évaluation des valeurs manquantes dans notre échantillon, un certain nombre de répondants ont été exclus de la population analytique dû au profil de non-réponse (par ex., omission de questions, refus de répondre) et ce, en dépit du fait que la méthode de collecte de données par voie informatique utilisée ait favorisé des questionnaires dûment complétés (Gavard-Perret & Aubert, 2008). Pour ce faire, nous avons tout d'abord procédé à un examen des variables dont plus de 5% des données étaient absentes. Seuls le revenu du ménage ainsi que la consommation d'alcool à risque répondaient à ce critère. Ensuite, nous avons cherché à déterminer si des biais

systematiques caractérisaient la non-réponse de ces variables. En effet, de tels types de biais ont un effet direct sur la fidélité et la validité des données (Tabachnick & Fidell, 2012), d'où l'importance d'investiguer la répartition des valeurs manquantes suivant des variables d'intérêt pour la recherche. Des régressions logistiques sur la non-réponse ont été effectuées afin d'évaluer si les non-répondants se distinguaient des répondants en fonction des facteurs hors travail et certains déterminants individuels (c.-à-d. l'âge, le genre, le statut matrimonial et le statut parental).

Pour les variables à indicateur unique, nous avons opté pour le retrait des individus n'ayant pas fourni de réponse. Une analyse de chacun des items composant les variables dépendantes a révélé qu'il y avait 193 valeurs manquantes pour la consommation épisodique excessive d'alcool, ce qui dépasse le 5% de valeurs manquantes généralement recommandé (Tabachnick & Fidell, 2012). Or, des régressions logistiques ont exposé une association significative entre de faibles revenus et le fait de ne pas déclarer sa consommation épisodique excessive d'alcool. Considérant qu'il s'agissait d'une tendance observée dans des études antérieures (Chevalier & Lemoine, 2001), nous avons estimé qu'il était fondé de retirer ces 193 individus. Par la suite, un examen détaillé des variables indépendantes a permis de déceler une seconde propension non négligeable : les valeurs manquantes associées au revenu du ménage (soit plus de 5% des données) étaient liées de façon significative à l'âge. Ainsi, les personnes plus âgées tendaient à ne pas dévoiler leur revenu, ce qui concorde avec la littérature sur le sujet (Chevalier & Lemoine, 2001; Moore, Stinson, & Welniak, 1999). De la sorte, 118 répondants ont été soustraits de la population analytique à ce stade.

Le traitement des valeurs manquantes pour les échelles de mesure a aussi fait l'objet d'une attention particulière. Après confirmation de l'absence de biais systématique pour ces variables, nous avons procédé à l'imputation des valeurs manquantes par l'attribution des scores moyens individuels obtenus à l'échelle. Tel que montré par des analyses de simulation, ce type d'imputation demeure plus avantageux que la suppression complète des valeurs manquantes dans le traitement des échelles (Roth, Switzer, & Switzer, 1999). Précisément, les valeurs manquantes présentes aux items constitutifs des échelles ont été substituées par la moyenne individuelle des scores pour les items présentant une réponse valide. Le critère d'imputation établi pour le score moyen individuel a été fixé à au moins

un item validement répondu par échelle. Dans le cas du cynisme par exemple, les dix-sept valeurs manquantes correspondent aux travailleurs ayant refusé de répondre à chacun des cinq items composant l'échelle. Ces cas de non-réponse totale ont donc été écartés de la population analytique ( $n=33$  répondants).

Enfin, l'examen des valeurs aberrantes a indiqué une concentration de ces dernières autour d'une seule variable, soit le nombre d'heures travaillées hebdomadairement. Neuf répondants ont effectivement indiqué qu'ils travaillaient plus de 168 heures par semaine, ce qui correspond à un horaire de travail de 24 heures par jour, sept jours sur sept. Il a été convenu de soustraire ces individus de la population analytique. Considérant l'ensemble des procédures relatives à la détermination des valeurs manquantes ou aberrantes dans notre échantillon, la population analytique finale à partir de laquelle nos analyses statistiques ont été réalisées est composée de  $N=1809$  travailleurs, issus de  $N=83$  milieux de travail différents.

## **4.2 – Résultats des analyses préliminaires**

Après avoir déterminé la composition de notre population analytique, il importe d'examiner la distribution des valeurs des variables à l'étude en vue de dégager les principales caractéristiques de notre échantillon. À cet égard, la prochaine sous-section fait état des résultats des analyses descriptives univariées, alors que la seconde sous-section explore les relations existantes entre les variables par l'entremise d'analyses corrélationnelles bivariées.

### **4.2.1 – Résultats des analyses univariées**

Les analyses descriptives permettent de déterminer les caractéristiques des individus composant notre échantillon (Tabachnick & Fidell, 2012). Un portrait de la distribution des variables dépendantes et indépendantes est présenté au Tableau 10. Ce dernier rapporte des mesures univariées utilisées en statistique, c'est-à-dire la fréquence, l'étendue, la moyenne et l'écart-type.

**TABLEAU 10***Sommaire des statistiques descriptives univariées (N=1809)*

	Fréquences et %	Étendue Min-Max	Moyenne	Écart-type	Médiane
<u>Variables dépendantes</u>					
Épuisement émotionnel		0-30	8,36	6,68	7
Cynisme		0-30	7,29	6,18	6
Inefficacité professionnelle		0-34	7,11	6,11	6
Consommation épisodique excessive d'alcool					
1= jamais	699 (38,6%)	1-4			
2= moins d'une fois/mois	575 (31,8%)				
3= au moins 1 fois/mois	318 (17,6%)				
4=1 fois ou plus/semaine	217 (12,0%)				
Consommation hebdomadaire d'alcool à risque					
0=sous les normes	1527 (84,4%)				
1=au-dessus des normes	282 (15,6%)				
Consommation de médicaments psychotropes					
0=non-usagers	1608 (88,9%)				
1=usagers	201 (11,1%)				
<u>Variables indépendantes</u>					
<i>Facteurs du travail</i>					
Utilisation des compétences		6-24	17,76	3,37	18
Autorité décisionnelle		3-12	8,63	1,98	9
Soutien social		8-32	24,49	3,77	24
Demandes psychologiques		10-36	23,51	3,83	23

TABLEAU 10 (suite)

	Fréquences et %	Étendue Min-Max	Moyenne	Écart- type	Médiane
<i>Horaires irréguliers de travail</i>					
0 = jamais ou occasionnellement	1631 (90,2%)				
1 = régulièrement	178 (9,8%)				
Heures travaillées hebdomadairement		6,50-80	40,02	5,74	40
Efforts		5-20	12,95	3,02	13
Récompenses		14-44	32,24	5,07	32
Surinvestissement		6-24	13,44	3,52	13
<i>Facteurs hors travail</i>					
<i>Statut parental</i>					
0 = sans enfant	907 (50,1%)				
1 = avec enfant(s)	902 (49,9%)				
<i>Statut matrimonial</i>					
0 = vivant seul	547 (30,2%)				
1 = en couple	1262 (69,8%)				
<i>Revenu du ménage</i>					
0 = 69 000\$ et -	47,9%				
1 = 70 000\$ et +	52,1%	1-12	6,98	3,38	7
<i>Facteurs individuels</i>					
<i>Genre</i>					
0 = homme	926 (51,2%)				
1 = femme	883 (48,8%)				
Âge		17-70	40,51	10,87	40

Dans un premier temps, le Tableau 10 nous informe de la distribution des variables dépendantes. Rappelons que la conceptualisation tridimensionnelle de l'épuisement professionnel a été employée. Composée de cinq indicateurs, l'épuisement émotionnel offrait une possibilité de scores variant entre 0 et 30. Les réponses obtenues se situent dans cette même amplitude. La moyenne de 8,36 (ET=6,68) se trouve tout juste au-dessus de la médiane qui est de 7, indiquant une distribution asymétrique de la variable. Toutefois, les scores demeurent relativement faibles, ce qui démontre que les répondants semblent peu touchés par l'épuisement émotionnel. En ce qui concerne le cynisme, l'étendue pour notre échantillon varie de 0 à 30 avec une moyenne de 7,29 et un écart-type de 6,18. Enfin, la troisième dimension, l'inefficacité professionnelle, évaluée à l'aide de 6 items, comporte une moyenne de 7,11 et un écart-type de 6,11. Les scores obtenus pour notre échantillon varient entre 0 et 34, alors que l'étendue théorique est de 0-36. La médiane se situe à 6. Globalement, les individus sondés présentent des scores faibles pour chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel.

Pour ce qui est des substances psychoactives, la consommation de médicaments psychotropes est définie à partir d'une variable dichotomique distinguant les usagers des non-usagers. Les résultats sont exposés sous forme de proportions, indiquant qu'environ 11,1% ( $n=201$ ) des travailleurs avaient consommé un médicament psychotrope au cours du mois précédant l'enquête. Ce pourcentage avoisine celui rapporté par l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST) qui est de 11,4% pour l'ensemble de la population de travailleurs au Québec (Vézina *et al.*, 2011). Au niveau de la consommation hebdomadaire d'alcool à risque, 15,6% des travailleurs dépassent le seuil établi par les normes canadiennes relatives à la faible consommation. Cette prévalence est toutefois moindre que celle rapportée par l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (17,8%) qui répertorie les habitudes de consommation des Canadiens (Butt *et al.*, 2011). La fréquence moyenne de la consommation épisodique excessive d'alcool se situe à moins d'une fois par mois pour notre population analytique ( $M=2,27$ ,  $ET=1,45$ ). En somme, 38,6% des répondants ont estimé leur consommation épisodique excessive d'alcool à jamais, 31,8% à moins d'une fois par mois, 17,6% à au moins une fois par mois et 12,0% à une fois par semaine et plus. Ce type de consommation

est donc plus fréquent au sein de notre échantillon (29,6%) que dans la population générale canadienne où environ 17% des répondants avaient déclaré présenter une consommation épisodique excessive d'alcool au moins une fois par mois (Statistiques Canada, 2011). Ainsi, nous pouvons conclure qu'une minorité de travailleurs composant notre échantillon fait un usage risqué de substances psychoactives.

Dans un second temps, le Tableau 10 présente les statistiques liées aux facteurs de l'environnement de travail. La latitude décisionnelle se décompose en deux dimensions, soit l'utilisation des compétences et l'autorité décisionnelle, dont les scores varient entre 6 et 24 et entre 3 et 12 respectivement. La moyenne est de 17,76 (ET=3,37) pour l'utilisation des compétences, alors qu'elle est de 8,63 (ET=1,98) pour l'autorité décisionnelle. Le soutien social au travail regroupe également deux dimensions, c'est-à-dire le soutien social provenant du supérieur immédiat et celui provenant des collègues. Ces deux dimensions ont été fusionnées et donc, le minimum est de 8 et le maximum de 32. Le score moyen se situe à 24,29 (ET=3,77). En ce qui a trait aux demandes psychologiques, les réponses pour notre échantillon varient entre 10 et 36 avec une moyenne de 23,51 (ET=3,83).

Pour les efforts extrinsèques, les scores retrouvés pour notre échantillon varient entre 5 et 20. La moyenne pour cette même variable se situe à 12,95 (ET=3,02). Les efforts intrinsèques, aussi retrouvés sous le vocable surinvestissement, présentent des scores variant entre 6 et 24. La moyenne est de 13,44 (ET=3,52). Pour terminer, les résultats pour les récompenses se positionnent entre les deux extrêmes définis de façon théorique, c'est-à-dire entre 11 et 44. Notons toutefois que le minimum pour notre échantillon est de 14. Le score moyen pour l'ensemble de nos répondants est de 32,24 avec un écart-type de 5,07.

Au niveau des demandes contractuelles, nous avons transformé la variable horaire irrégulier en variable dichotomique, où 0 correspond à l'absence ou un horaire irrégulier occasionnel et 1 à une fréquence régulière ou continue. Environ un individu sur dix (9,8%) a indiqué que son horaire de travail était fréquemment irrégulier. De plus, les individus sondés travaillent en moyenne 40 heures par semaine (ET=5,74). Par contre, pour certains, le nombre total des heures travaillées hebdomadairement avoisine les 6,5 heures alors que pour d'autres, il dépasse les 70 heures.

Enfin, dans un troisième temps, le Tableau 10 présente les caractéristiques de distribution reliées aux variables indépendantes ne concernant pas l'environnement de travail. En ce qui concerne les facteurs hors travail, il est à noter que le statut matrimonial a été transformé en variable dichotomique distinguant les individus vivant en couple de ceux vivant seuls. Or, pour notre échantillon, la majorité vit en couple (69,8%). Le statut parental a subi cette même transformation, ce qui a permis de dénombrer les individus vivant avec des enfants (49,9%). Le revenu du ménage présente une moyenne de 6,98 (ET=3,38), ce qui correspond à un revenu avoisinant les 70 000\$. Enfin, le profil sociodémographique indique une répartition égale des travailleurs selon le genre (51% d'hommes et 49% de femmes) présentant un âge moyen de 40,51 ans (ET=10,87).

#### **4.2.2 – Résultats des analyses bivariées**

La matrice de corrélation retrouvée au Tableau 11 expose les associations bivariées entre l'ensemble des variables étudiées. Les coefficients de Pearson ( $r$ ) présentés permettent d'une part d'évaluer la force associative entre les variables examinées sous leur forme continue de distribution, et d'autre part d'identifier les variables en situation de colinéarité qui pourraient influencer l'interprétation des résultats des analyses multivariées. L'évaluation de la magnitude des associations suit celle proposée par Tabachnick et Fidell (2012).

TABLEAU 11

*Sommaire des analyses bivariées (N=1809)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.Épuisement émotionnel	1																			
2. Cynisme	0,602**	1																		
3.Inefficacité professionnelle	0,350**	0,502**	1																	
4. CEEA	0,068**	0,116**	0,034	1																
5. Alcool à risque	0,041	0,088**	0,023	0,594**	1															
6. Psychotropes	0,151**	0,060*	0,048*	0,017	0,008	1														
7.Utilisation des compétences	-0,214**	-0,413**	-0,373**	-0,20	0,045	-0,014	1													
8.Autorité décisionnelle	-0,211**	-0,352**	-0,361**	-0,023	0,034	0,002	0,652**	1												
9. Soutien social	-0,332**	-0,436**	-0,326**	-0,022	-0,054*	-0,023	0,354**	0,359**	1											
10.Demandes psychologiques	0,385**	0,185**	0,31	-0,028	0,007	0,067**	0,201**	0,084**	-0,170**	1										
11.Horaire irrégulier	0,116**	0,070**	0,017	0,019	0,037	0,013	0,042	0,026	-0,047*	0,153**	1									
12. Heures totales hebdomadaires	0,055*	-0,029	0,043	0,086**	0,122**	-0,066**	0,186**	0,127**	-0,004	0,256**	0,195**	1								
13. Efforts	0,354**	0,122**	-0,007	-0,002	0,042	0,021	0,256**	0,186**	-0,113**	0,738**	0,185**	0,329**	1							
14. Récompenses	-0,435**	-0,556**	-0,429**	-0,040	-0,047*	-0,050*	0,426**	0,410**	0,644**	-0,199**	-0,064**	0,034	-0,140**	1						
15. Surinvestissement	0,476**	0,255**	0,185**	0,021	0,047*	0,088**	0,116**	0,026	-0,215**	0,497**	0,127**	0,252**	0,585**	-0,252**	1					
16. Statut matrimonial	-0,014	-0,056*	-0,046*	-0,029	0,001	-0,051*	0,120**	0,081**	0,019	0,058*	-0,029	0,039	0,044	0,048*	0,059*	1				
17. Statut parental	-0,050*	-0,091**	-0,050*	-0,060*	-0,057*	-0,008	0,090**	0,076**	0,015	0,053*	-0,010	0,040	0,053*	0,003	0,033	0,279**	1			

TABLEAU 11 (suite)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
18. Revenu du ménage	-0,030	-0,118**	-0,083**	-0,093**	-0,027	0,002	0,291**	0,310**	0,067**	0,213**	0,056*	0,161**	0,231**	0,110**	0,169**	0,431**	0,225**	1		
19. Genre	0,094**	-0,024	0,059*	-0,284**	-0,359**	0,147**	-0,100**	-0,100**	0,030	0,038	-0,044	-0,266**	-0,037	0,018	0,016	-0,065**	0,013	0,033	1	
20. Âge	-0,078**	-0,123**	-0,096**	-0,185**	-0,038	0,124**	0,163**	0,113**	-0,057*	0,057*	0,027	0,040	0,053*	0,045	0,089**	0,091**	0,111**	0,230**	0,075**	1

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Une première évaluation des coefficients de Pearson permet de constater qu'un seul coefficient dépasse le seuil établi de 0,7, c'est-à-dire celui calculé pour les demandes psychologiques et les efforts extrinsèques ( $r=0,738$ ,  $p<0,01$ ). Nous avons conservé ces deux variables dans les analyses, la colinéarité étant attendue. En effet, toutes deux réfèrent principalement à la charge de travail quantitative et à la pression exercée par le temps de travail. Toutefois, une subtilité rend légitime la conservation des deux concepts : dans le modèle Efforts/Récompenses de Siegrist (1996), l'inclusion de caractéristiques individuelles et de facteurs socioéconomiques permet de mieux saisir l'expérience de travail subjective de l'individu et favorise une vision macrosociale, alors que le modèle de Karasek (1979) se concentre uniquement sur le contenu des tâches de travail (Rydstedt, Devereux, & Sverke, 2007). Bon nombre de corrélations statistiquement significatives entre les autres variables sont aussi identifiées, dont certaines sont particulièrement élevées. Pour la plupart, elles évoluent dans le même sens (positif ou négatif) que celui anticipé par la recension des écrits.

Tout d'abord, les trois dimensions de l'épuisement professionnel sont modérément associées, dont notamment le cynisme (C) et l'épuisement émotionnel (EE) ( $r=0,602$ ,  $p<0,01$ ). De plus, à la fois la consommation épisodique excessive d'alcool (CEEAA) ( $r=0,116$ ,  $p<0,01$  pour le C,  $r=0,068$ ,  $p<0,01$  pour l'EE) et l'usage de médicaments psychotropes ( $r=0,060$ ,  $p<0,05$  pour le C et  $r=0,151$ ,  $p<0,01$  pour l'EE) semblent associés positivement à ces deux mêmes dimensions de l'épuisement professionnel. La consommation hebdomadaire d'alcool à risque varie uniquement en fonction du cynisme ( $r=0,088$ ,  $p<0,01$ ) alors que l'usage de psychotropes corrèle également positivement avec l'inefficacité professionnelle ( $r=0,048$ ,  $p<0,05$ ). Enfin, les deux types de consommation d'alcool corrélaient modérément ensemble ( $r=0,594$ ,  $p<0,01$ ).

En ce qui a trait aux facteurs du travail, l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, le soutien social au travail et les récompenses sont significativement et négativement associés aux trois dimensions de l'épuisement professionnel, constituant de la sorte des facteurs de protection. À l'inverse, les demandes psychologiques, les efforts ainsi que les horaires irréguliers de travail contribuent à accroître le cynisme et l'épuisement émotionnel. Il en est de même du surinvestissement qui, toutefois, est lié significativement

aux trois dimensions. Enfin, seul l'épuisement émotionnel semble varier en fonction du nombre total d'heures travaillées hebdomadairement, quoique très faiblement ( $r=0,055$ ,  $p<0,05$ ). Dans une même lignée, les heures travaillées corrélaient positivement avec la consommation d'alcool (CEEA  $r=0,086$ ,  $p<0,01$  et à risque  $r=0,122$ ,  $p<0,01$ ) et négativement avec la consommation de médicaments psychotropes ( $r=-0,066$ ,  $p<0,01$ ). Seul ce dernier facteur du travail semblait significatif pour la CEEA. Pour la consommation d'alcool à risque cependant, le soutien social ( $r=-0,054$ ,  $p<0,05$ ), les récompenses ( $r=-0,047$ ,  $p<0,05$ ) et le surinvestissement ( $r=0,047$ ,  $p<0,05$ ) y sont liés. Enfin, les demandes psychologiques ( $r=0,067$ ,  $p<0,01$ ) et le surinvestissement ( $r=0,088$ ,  $p<0,01$ ) semblent associés à un usage de médicaments psychotropes alors que les récompenses ( $r=-0,051$ ,  $p<0,05$ ) et les heures travaillées ( $r=-0,066$ ,  $p<0,01$ ) semblent agir de façon contraire.

Pour les facteurs hors travail et individuels, le fait de vivre en couple et le fait d'habiter avec des enfants corrélaient négativement avec les différents troubles à l'étude de manière générale. Le revenu du ménage contribue à réduire les risques de consommer de l'alcool de façon épisodique excessive et de présenter de l'inefficacité professionnelle et du cynisme. Au niveau des caractéristiques individuelles, le score pour chacune des dimensions de l'épuisement professionnel tend à diminuer avec l'âge. Les hommes consommeraient davantage d'alcool que les femmes et seraient moins enclins à présenter des scores élevés d'épuisement professionnel. Le Tableau 11 expose en détails les coefficients de Pearson retrouvés.

### **4.3 – Résultats des analyses multivariées**

Pierre angulaire de notre démarche de recherche, les analyses multivariées testent spécifiquement les hypothèses dérivées de notre modèle conceptuel de la comorbidité de la santé mentale chez les travailleurs. Pour y arriver, le modèle en classes latentes le mieux ajusté pour notre population analytique est d'abord identifié. Ensuite, la composition des classes est décrite et les profils-types de comorbidité des répondants sont dégagés. Enfin,

des liens sont établis entre les différentes typologies de comorbidité et les facteurs de risque et de protection.

### **4.3.1 – Identification du modèle en classes latentes retenu**

Considérant la nature exploratoire des analyses proposées, une démarche estimative fondée sur des considérations pratiques et théoriques a été suivie afin de déterminer la typologie la plus robuste sur le plan statistique et la plus porteuse sur le plan de l'avancement des connaissances (Collins & Lanza, 2010). À cet effet, différentes modalités de traitement de la distribution continue des variables dépendantes (c.-à-d. de l'épuisement professionnel) et indépendantes (c.-à-d. l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, le soutien social au travail, les demandes psychologiques, les efforts extrinsèques, les récompenses et le surinvestissement) ont été considérées. Notamment, la distribution continue des trois dimensions de l'épuisement professionnel a été testée sous forme de tertiles et de quintiles. De plus, trois types de distribution des variables associées aux facteurs du travail ont été testés : un premier où les facteurs du travail étaient considérés sous leur forme dichotomique par le biais d'une transformation de leur distribution continue à la médiane; un second, où les tertiles ont été employés; et enfin, un troisième, où la distribution continue a été évaluée. Au final, nous avons retenu une modélisation sous forme de quintiles pour l'épuisement professionnel et sous forme de binaires pour les facteurs du travail. Ces modélisations ont été choisies pour fins d'analyses puisqu'elles ont conduit à la meilleure explication au niveau théorique, tant par sa validité que son utilité et sa parcimonie de la comorbidité en santé mentale chez les travailleurs. Le détail du modèle en classes latentes retenu suivant ces critères est exposé ici-bas.

Afin de déterminer le nombre de classes adéquat, nous avons procédé à l'estimation de plusieurs modèles en classes latentes. Le point de départ de nos analyses consistait à vérifier si la comorbidité impliquait minimalement deux classes latentes ou, en d'autres termes, deux types possibles de comorbidité contrastant les travailleurs sains sans problème de santé mentale et les travailleurs présentant des problèmes de santé mentale. Chaque classe ajoutée au modèle d'analyse supposait l'ajout d'un type intermédiaire de comorbidité

entre les différents problèmes de santé mentale évalués. Pour chaque modèle d'analyse estimé, un diagnostic multicritères a été considéré. Le Tableau 12 présente les critères diagnostiques utilisés à cet égard : le rapport de la vraisemblance de Lo-Mendell-Rubin (LMR-LRT), l'entropie, le critère d'information bayésien (BIC), le BIC ajusté pour la taille de l'échantillon (ABIC) et le critère d'information d'Akaike (AIC). Tel qu'exposé au précédent chapitre sur la méthodologie de l'étude, un cumul des différents critères diagnostiques (par ex., LMR-LRT significatif, une entropie supérieure à 0,70 et une valeur minimale pour les critères d'information) supporte la détermination du modèle le mieux ajusté tant au niveau statistique que substantif. Cependant, notons que plusieurs auteurs considèrent le BIC comme un critère diagnostique prépondérant et suffisant pour déterminer le nombre de classes approprié (Klonsky & Olino, 2008; Mezuk & Kendler, 2012; Nylund, Asparouhov, & Muthén, 2007).

**TABLEAU 12***Critères diagnostiques permettant de déterminer le nombre de classes*

Description	Entropie	$\chi^2$ (df)	LRT	AIC	BIC	ABIC
2 classes	0,772	3420,327 (1964)***	1640,239***	23267,647	23537,173	23381,502
3 classes	0,814	2348,780 (1946)***	522,476	22806,994	23252,537	22995,204
<b>4 classes</b>	<b>0,779</b>	<b>2036.644</b> <b>(1928)*</b>	<b>323,836</b>	<b>22542,759</b>	<b>23164,319</b>	<b>22805,323</b>
5 classes	0,836	2023,464 (1910)*	nd	22778,959	23576,536	23115,879
6 classes	0,833	2012,699 (1892)*	273,803	22538,385	23511,979	22949,659

*Note.* Analyses réalisées à partir de modèles ajustés pour l'ensemble des variables indépendantes

Caractère gras : modèle retenu

LRT=test du rapport de la vraisemblance de Lo-Mendell-Rubind; AIC= critère d'information d'Akaike; BIC= critère d'information bayésien; ABIC= critère d'information bayésien ajusté pour l'échantillon; nd= non disponible

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Aux fins du présent mémoire, la détermination du modèle le mieux ajusté a tenu compte de l'influence des variables indépendantes, conformément à l'hypothèse H5a suivant laquelle l'exposition simultanée à des conditions environnementales défavorables (par ex. la concentration de stressors du travail et/ou hors travail) serait associée à une comorbidité manifeste chez les travailleurs. Ainsi, les valeurs des différents critères diagnostiques présentées au Tableau 12 proviennent d'analyses en classes latentes où les facteurs du travail, hors travail et individuels étaient considérés. Un examen du tableau permet de constater que le modèle à quatre classes propose le meilleur ajustement pour notre échantillon. Effectivement, il procure la meilleure explication puisqu'il minimise les trois critères d'information (AIC, BIC et ABIC). Avec une entropie de 0,779, la qualité de classification demeure élevée. De plus, le khi-carré pour cette solution voit sa valeur et son seuil de signification s'abaisser, tendant à supporter la parcimonie du modèle à quatre classes également. De tous les critères diagnostiques évalués, seul le LMR-LRT n'a pu ajouter d'informations pertinentes à la détermination du modèle le mieux ajusté pour notre étude, ce dernier étant demeuré non significatif pour l'ensemble des modèles testés.

Afin de tester la validité de la solution identifiée, des analyses confirmatoires ont aussi été réalisées sans l'intégration des variables indépendantes. En effet, nous avons voulu évaluer la robustesse des types de comorbidité estimés en excluant cette fois les variables indépendantes des analyses. L'hypothèse supplémentaire guidant ces analyses confirmatoires était à l'effet que les types de comorbidité observés existaient possiblement en soi, au-delà de l'ajustement des variables indépendantes. Tel qu'anticipé, la typologie a été répliquée pour le modèle à quatre classes. La composition des classes était identique à celle précédemment discutée lors des analyses ajustées pour les variables indépendantes et les proportions observées pour chacune des classes latentes s'avéraient également similaires. De plus, lors de ces analyses confirmatoires, le LMR-LRT pour le modèle à quatre classes était presque significatif avec une valeur de 202,046 à  $p=0,056$ , tandis que tous les autres critères diagnostiques convergeaient sans équivoque vers un modèle à quatre classes. En définitive, le modèle à quatre classes présente la meilleure solution en termes de qualité d'ajustement statistique et possibilités d'interprétation.

### **4.3.2 - Description de la composition des classes latentes : vers une typologie de la santé mentale au travail**

Une fois le modèle le mieux ajusté identifié, une analyse descriptive de chacune des classes latentes estimées a été accomplie. Cette analyse visait à qualifier la spécificité de chacune des classes à partir du profil des répondants dégagé pour l'ensemble des six variables dépendantes examinées. Le Tableau 13 illustre les probabilités de rapporter une modalité de réponse donnée pour chacune des variables dépendantes, exprimées sous la forme de pourcentage. Nous nous sommes rapportés à la plus large modalité pour décrire chacun des profils-types de comorbidité dégagés par les classes latentes. Des titres ont été attribués à chacun des profils-types selon les caractéristiques identifiées.

TABLEAU 13

*Taux de prévalence et probabilités d'appartenance à chacune des classes de la comorbidité des trois dimensions de l'épuisement professionnel, de la consommation hebdomadaire d'alcool à risque, de la consommation épisodique excessive d'alcool et de la consommation de médicaments psychotropes*

	1 <sup>ère</sup> classe : Épuisement professionnel sévere et médicaments psychotropes	2 <sup>e</sup> classe : Buveurs à risque cyniques	3 <sup>e</sup> classe : Épuisés inefficaces	4 <sup>e</sup> classe : Relativement sains	
<b>Épuisement émotionnel</b>					
Q1 - faible	0,043	0,21	0,048	<b>0,653</b>	
Q2	0,047	0,209	0,206	0,230	
Q3	0,112	<b>0,248</b>	0,249	0,112	
Q4	0,221	0,234	<b>0,326</b>	0,005	
Q5 - élevé	<b>0,577</b>	0,099	0,170	0	
<b>Cynisme</b>					
Q1 - faible	0	0,218	0,11	<b>0,572</b>	
Q2	0	0,217	<b>0,344</b>	0,216	
Q3	0	0,165	0,235	0,148	
Q4	0,246	<b>0,275</b>	0,286	0,064	
Q5 - élevé	<b>0,754</b>	0,124	0,025	0	
<b>Inefficacité professionnelle</b>					
Q1 - faible	0,042	<b>0,287</b>	0,194	<b>0,500</b>	
Q2	0,037	0,185	0,163	0,180	
Q3	0,102	0,272	0,229	0,201	
Q4	0,295	0,149	<b>0,257</b>	0,076	
Q5 - élevé	<b>0,524</b>	0,106	0,157	0,044	
<b>Consommation épisodique excessive d'alcool</b>					
Jamais	<b>0,336</b>	0,014	<b>0,465</b>	<b>0,487</b>	
Moins d'une fois par mois	<b>0,336</b>	0,084	0,376	0,338	
Une fois par mois	0,190	0,387	0,122	0,139	
Une fois par semaine/jour	0,138	<b>0,515</b>	0,037	0,036	
<b>Consommation hebdomadaire à risque d'alcool</b>					
Non	<b>0,839</b>	0,174	<b>0,993</b>	<b>0,960</b>	
Oui	0,161	<b>0,826</b>	0,007	0,040	
<b>Consommation de psychotropes</b>					
Non	<b>0,855</b>	<b>0,908</b>	<b>0,865</b>	<b>0,930</b>	
Oui	0,145	0,092	0,135	0,070	
Effectifs	N	368	228	649	564

*Note.* Le modèle en quintiles a été retenu. Le caractère gras indique les probabilités les plus élevées pour chacune des variables dépendantes.

Une première classe nommée «épuisement professionnel sévère et consommation de médicaments psychotropes (EP sévère et psychotropes)» englobe environ 20,3% (n=368) des travailleurs composant notre échantillon. Elle est caractérisée principalement par une probabilité d'appartenance élevée au dernier quintile des trois dimensions de l'épuisement professionnel, probabilités variant entre 52,4% et 75,5%. Les travailleurs présentant ce profil semblent cependant peu enclins à faire un usage d'alcool à risque (CEEA ou consommation hebdomadaire à risque), bien que comparativement aux autres profils-types, ils se classent second en termes de probabilité d'expérimenter un tel usage. C'est également dans cette classe que se retrouvent les plus grandes probabilités de consommation de médicaments psychotropes pour notre échantillon (14,5%), ce qui représente le double de celles retrouvées pour la quatrième classe latente. Une deuxième classe se démarque au niveau de la consommation d'alcool à risque. À celle-ci, nous lui attribuons le titre de «buveurs à risque cyniques». Les individus en faisant partie (12,6%) sont sujets à consommer de façon épisodique excessive au moins une fois par semaine (51,5%) et à dépasser le nombre de verres recommandé hebdomadairement par les normes canadiennes sur la consommation à faible risque (82,6%). Ils se distinguent aussi par leur niveau élevé de cynisme (4<sup>e</sup> quintile) et moyen d'épuisement émotionnel. Leur niveau d'inefficacité professionnelle oscille entre faible et moyen. À première vue semblable au premier profil-type, la troisième classe regroupe des travailleurs à risque moyen-élevé pour deux des dimensions de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel et l'inefficacité professionnelle. Ces travailleurs paraissent peu sujets à présenter des problèmes de consommation d'alcool, leurs probabilités étant quasi nulles. Or, cette classe présente une probabilité de consommer des médicaments psychotropes similaire à la classe «épuisement professionnel sévère et psychotropes» (13,5%). Cette classe se démarque donc de la première par la quasi-absence de consommation d'alcool à risque et également par un faible cynisme. Nommée «épuisés inefficaces», elle représente plus de 35,9% de notre échantillon, soit le profil-type le plus nombreux. Enfin, une quatrième classe correspond à un groupe d'individus identifiés comme «relativement sains». Comprenant 31,2% de l'échantillon, ces travailleurs présentent de fortes probabilités d'appartenance aux premiers

quintiles de chacune des dimensions de l'épuisement professionnel. Ils rapportent également les plus faibles probabilités quant à l'usage de substances psychoactives (consommation d'alcool à risque et usage de médicaments psychotropes).

### **4.3.3 – Associations entre la typologie de la comorbidité en santé mentale au travail et ses profils de risques**

Le dernier tableau de ce chapitre (Tableau 14) présente les rapports de chances et leur intervalle de confiance à 95% issus de régressions logistiques multinomiales. Le profil-type associé aux travailleurs «relativement sains» constitue le groupe de référence aux fins des analyses. Les valeurs des rapports de chances nous indiquent, pour chacun des profils-types dégagés, les variables indépendantes qui leur sont associées. L'interprétation de la magnitude de ces valeurs est d'ailleurs conforme à celle suggérée par Stansfeld et Candy (2006) et celle de Collins et Lanza (2010).

TABLEAU 14

*Rapports de chances et leurs intervalles de confiance de 95% pour le modèle en classes latentes*

Variables indépendantes	1 <sup>ère</sup> Classe : EP sévère et médicaments psychotropes		2 <sup>e</sup> classe : buveurs à risque cyniques		3 <sup>e</sup> classe : Épuisés inefficaces	
	RC	95%IC	RC	95%IC	RC	95%IC
Utilisation des compétences	<b>0,19***</b>	0,11-0,32	0,66	0,35-1,22	<b>0,47***</b>	0,32-0,69
Autorité décisionnelle	0,56	0,31-1,0	0,89	0,51-1,55	0,71	0,44-1,16
Soutien social	<b>0,55*</b>	0,31-0,97	1,06	0,64-1,76	0,71	0,45-1,10
Demandes psychologiques	<b>3,03***</b>	1,87-4,89	1,55	0,68-3,515	<b>1,85*</b>	1,03-3,31
Récompenses	<b>0,04***</b>	0,01-0,13	<b>0,38*</b>	0,16-0,89	<b>0,32**</b>	0,14-0,75
Efforts	0,81	0,44-1,49	1,34	0,70-2,57	1,45	0,88-2,41
Surinvestissement	<b>9,52***</b>	4,96-18,24	<b>3,25***</b>	1,64-6,46	<b>6,34***</b>	4,03-9,97
Horaires irréguliers	2,97	0,94-9,36	2,08	0,87-4,94	1,67	0,58-4,82
Heures totales travaillées hebdomadairement	<b>0,97***</b>	0,95-0,99	1,14	0,96-1,35	0,88	0,67-1,16
Revenu du ménage	0,94	0,85-1,03	0,93	0,84-1,04	0,98	0,92-1,04
Genre	1,16	0,96-1,41	<b>0,04***</b>	0,01-0,16	<b>1,21*</b>	1,01-1,45
Statut matrimonial	0,77	0,46-1,29	0,99	0,60-1,64	1,18	0,77-1,82
Âge	<b>0,94***</b>	0,92-0,96	<b>0,96***</b>	0,94-0,98	<b>0,96***</b>	0,94-0,98
Statut parental	<b>0,92***</b>	0,89-0,96	1	0,84-1,18	<b>0,95*</b>	0,91-0,99

Note. La catégorie de référence est la classe 4 : travailleurs «relativement sains».

\* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

En se référant à la classe des «relativement sains», nous pouvons d'ores et déjà remarquer que les individus appartenant au profil «épuisement professionnel sévère et psychotropes» travaillent dans un milieu où une concentration des risques psychosociaux et liés aux demandes contractuelles est dénotée. En effet, ces individus possèderaient moins de latitude au niveau de l'utilisation des compétences (RC=0,19\*\*\*; IC=0,11-0,32) seraient moins épaulés par leurs collègues (RC=0,55\*; IC=0,31-0,97) et ne seraient pas justement récompensés pour leur travail (RC=0,04\*\*\*; IC=0,02-0,13). Ils seraient plus susceptibles de se surinvestir au travail (RC=9,52\*\*\*; IC=4,96-18,24) et de devoir faire face à des demandes psychologiques élevées (RC=3,03\*\*\*; IC=1,87-4,89). De plus, ils tendraient à

travailler moins d'heures par semaine (RC=0,97\*\*\*; IC=0,95-0,99). Sur le plan des facteurs individuels, les individus appartenant à la classe «épuisement professionnel sévère et psychotropes» seraient aussi légèrement plus jeunes (RC=0,94\*\*\*; IC=0,92-0,96) et moins enclins à vivre avec des enfants (RC=0,92\*\*\*; IC=0,89-0,96). Pour le second groupe, soit les «buveurs à risque cyniques», seuls les récompenses et le surinvestissement permettent d'expliquer l'appartenance des travailleurs à ce profil-type. Ainsi, ce profil-type est associé à de moindres récompenses (RC=0,38\*; IC=0,16-0,89) et à un surinvestissement plus élevé (RC=3,25\*\*\*; IC=1,64-6,46) si nous le comparons aux travailleurs «relativement sains». Fait saillant : cette classe est composée en grande partie d'hommes (RC=0,04\*\*\*; IC=0,01-0,16) et l'âge y est légèrement moins élevé (RC=0,96\*\*\*; IC=0,94-0,98). Enfin, le profil-type des «épuisés inefficaces» se démarque de celui des «relativement sains» par une utilisation moindre des compétences (RC=0,47\*\*\*; IC=0,32-0,69), des récompenses plus faibles (RC=0,32\*\*; IC=0,14-0,75) et des demandes psychologiques plus élevées (RC=1,85\*; IC=1,03-3,31) comparativement à la classe de référence. Le surinvestissement pour les «épuisés inefficaces» y est également environ six fois plus élevé (RC=6,34\*\*\*; IC=4,03-9,97). En ce qui a trait aux facteurs hors travail, seul le statut parental demeure significatif, où les individus composant cette classe seraient plus susceptibles de vivre seuls (RC=0,95\*; IC=0,91-0,99). Ils seraient encore une fois plus jeunes (RC=0,96\*\*\*; IC=0,94-0,98) et les femmes, plus nombreuses (RC=1,21\*; IC=1,01-1,45).

Ainsi, plusieurs facteurs de risque similaires émergent suite à l'examen des valeurs des rapports de chances. Le surinvestissement et les récompenses paraissent constituer des risques pour les trois types de comorbidité de santé mentale au travail identifiés. Également, le jeune âge semble expliquer une part de la variation observée entre les différents profils-types. D'autres risques ressortent également, telles l'utilisation des compétences ou les demandes psychologiques, sans toutefois comporter un effet sur chacun des profils-types. En considérant la magnitude des rapports de chances et le nombre de risques dégagés pour chacun des quatre profils-types tel que suggéré par Santsfeld et Candy (2006), il est possible de les classer sur un continuum de santé mentale, le premier pôle

renvoyant au profil de risque le plus sain et le second pôle, à celui le plus délétère pour la santé mentale. Conséquemment, la classe des travailleurs «relativement sains» constitue le profil le moins risqué alors que celle de «l'épuisement professionnel sévère et psychotropes» comporte le plus de risques. Effectivement, la plupart des facteurs du travail évalués expliquent l'appartenance au profil-type de «l'épuisement professionnel sévère et psychotropes» (utilisation des compétences, soutien social au travail, demandes psychologiques, récompenses, surinvestissement, heures totales travaillées hebdomadairement) et les valeurs de leurs rapports de chances se situent aux extrêmes. La classe des «épuisés inefficaces» vient au second rang, une utilisation moindre des compétences et des demandes psychologiques élevées semblant constituer des facteurs de risque en plus du surinvestissement et des récompenses inadéquates. Enfin, les «buveurs à risque cyniques» se situent aussi à un niveau intermédiaire de risques pour la santé mentale, uniquement de faibles récompenses et un surinvestissement élevé expliquant l'appartenance à cette classe quant aux stressseurs provenant de l'environnement de travail de l'individu.

Le quatrième chapitre a illustré de façon succincte les différentes étapes par lesquelles la validation empirique de notre modèle conceptuel de la comorbidité de la santé mentale au travail a été établie. Partant des données de l'étude ERTSM, il a dressé le portrait des caractéristiques de notre population d'étude et a déterminé les associations existantes entre chacune des variables constituant notre modèle conceptuel. Il a finalement fait ressurgir quatre profils-types de comorbidité de la santé mentale chez les travailleurs par l'intermédiaire d'analyses en classes latentes et y a indiqué les rapports de chances pour chacun en prenant comme élément de comparaison la quatrième classe, soit les individus «relativement sains».

## **Chapitre 5 – Discussion**

Ce dernier chapitre présente une réflexion approfondie de l'ensemble du processus de recherche qui avait pour objectif d'évaluer la pertinence d'étudier la santé mentale au travail sous l'angle de la comorbidité. Ce chapitre divisé en quatre sections vise principalement à mettre en exergue les résultats marquants en faisant référence au modèle conceptuel de la comorbidité de la santé mentale au travail développé dans le cadre de notre mémoire. À terme, il constitue une analyse critique de la pertinence de notre recherche à l'avancement des connaissances dans le domaine. Dans une première section, la démarche scientifique employée est rappelée de manière synthétique. Puis, une seconde section procède à l'évaluation des hypothèses de recherche dérivées de notre modèle conceptuel en s'appuyant sur la littérature recensée. Une troisième section détaille les forces et les faiblesses de la démarche de recherche suivie. Enfin, cette discussion se termine par la proposition de pistes de réflexion permettant utilement d'orienter la recherche et la pratique en santé mentale au travail.

### **5.1- Synthèse de la démarche scientifique**

La présente démarche de recherche visait la validation empirique d'un modèle de la santé mentale au travail se penchant sur la question de la comorbidité de manifestations de santé d'intérêt : les trois dimensions de l'épuisement professionnel, la consommation d'alcool à risque (soit épisodique excessive et hebdomadaire à risque) et la consommation de médicaments psychotropes. Dans un premier temps, elle évaluait les fondements théoriques et empiriques supportant la pertinence de considérer d'une part, la santé mentale au travail sous l'angle de la comorbidité, et d'autre part, d'examiner la typologie de cette comorbidité. Dans un second temps, elle explorait les facteurs de risque et de protection (par ex., caractéristiques individuelles du travailleur et son exposition à des facteurs du

travail et hors travail) associés distinctement à différents types de comorbidité. Dans un dernier temps, la démarche de recherche tentait d'expliquer deux types de comorbidité précis renvoyant aux deux pôles sur un continuum de santé mentale (états sains exempts de problème de santé mentale et états regroupant tous les problèmes de santé examinés) par la présence dans l'environnement du travailleur d'un cumul de facteurs de protection pour les états sains et d'un cumul des facteurs de risque pour les états fragiles.

Tel que montré lors de la recension des écrits, la littérature s'attardant à la cooccurrence de ces manifestations de santé mentale était fragmentaire. Une approche générale du stress, soit celle transactionnelle proposée par la psychologie, suggérait cependant des associations entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives. Des théories dérivées plus spécifiques dédiées à la conception du stress professionnel, soit les modèles Demande/Contrôle/Soutien (Karasek & Theorell, 1990) et du Déséquilibre Efforts/Récompenses (Siegrist, 1996), permettaient quant à elles d'établir des liens entre diverses conditions de l'organisation du travail et l'une ou l'autre des manifestations de santé mentale examinées. D'autres écrits plus récents, militant pour l'intégration des facteurs hors travail et des caractéristiques individuelles dans l'explication du stress vécu, révélaient par ailleurs le rôle de certains de ceux-ci dans la genèse de ces manifestations de santé mentale chez les travailleurs. Or, au terme de cet examen de la littérature, plusieurs déterminants de santé apparaissaient se recouper pour les trois manifestations examinées. De ce constat, nous pouvions dès lors élaborer les bases de notre modèle conceptuel en émettant l'hypothèse générale d'une typologie de la comorbidité en santé mentale au travail. De plus, le développement de ce modèle permettait ultimement d'exposer de manière compréhensive une pluralité de facteurs de risque et de protection propres aux facteurs du travail et hors travail et aux caractéristiques individuelles du travailleur en lien avec la typologie de la comorbidité identifiée.

Ainsi, la considération des limites de la littérature par notre modèle conceptuel a permis d'investiguer de manière plus approfondie les liens préliminaires suggérés par la littérature existante quant à la comorbidité en santé mentale au travail. De même, cette

considération a permis de déterminer la contribution relative des facteurs de risques et de protection, établis à partir de notre population d'étude, à la prise en compte des déterminants multiples de la santé mentale (c.-à-d. des facteurs du travail, hors travail et individuels). À cet égard, des analyses en classes latentes ont été conduites à partir d'un échantillon composé de  $N=1809$  individus issus de  $N=83$  milieux de travail différents. Corrigeant l'effet de plan associé à cet échantillon stratifié, ces analyses ont permis de tester la pertinence d'adopter une approche multidimensionnelle de la comorbidité axée sur la présence de plusieurs types d'associations entre les manifestations de santé mentale étudiées et orientée sur une configuration différentielle des risques permettant de les expliquer. La prochaine section offre d'ailleurs une réflexion critique de la validation empirique de chacune des cinq hypothèses constitutives de notre modèle de recherche.

## **5.2 - Discussion des résultats de la recherche**

À partir de notre modèle conceptuel dérivé des limites et des forces de la littérature sur la comorbidité en santé mentale au travail, deux grands regroupements d'hypothèses ont été formulés et testés. Un premier regroupement énonçait des associations différentielles entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel (c.-à-d. l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'inefficacité professionnelle) et la consommation de substances psychoactives (c.-à-d. la consommation épisodique excessive d'alcool, la consommation hebdomadaire à risque d'alcool et l'usage de médicaments psychotropes) (H1). Un second regroupement d'hypothèses portait expressément sur les associations entre des facteurs du travail, hors travail et individuels particuliers et la cooccurrence des six variables dépendantes (H2 à H4). Enfin, un dernier regroupement postulait l'existence de profils-types de comorbidité bien définis, soit un profil-type d'individus dits sains et un réunissant des individus dits fragiles au plan de la santé mentale au travail, tributaires des facteurs de risque et de protection issus de leur environnement de travail et hors travail, ainsi que de leurs caractéristiques individuelles (H5). La majorité des hypothèses a été confirmée ou partiellement confirmée ( $n=4/5$ ). Les sous-sections suivantes revisitent chacune d'entre elles à la lumière de la littérature.

### 5.2.1- Typologie de la comorbidité en santé mentale chez les travailleurs

Tout d'abord, la première hypothèse postulait l'existence d'associations diverses entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel (c.-à-d. l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'inefficacité professionnelle) et la consommation de substances psychoactives étudiée. Cette dernière a été vérifiée par les analyses en classes latentes qui ont conduit à la démonstration de quatre types de cooccurrence dans l'échantillon de travailleurs de l'étude ERTSM : aux deux pôles se situaient les groupes de travailleurs «relativement sains» et «d'épuisement professionnel sévère et psychotropes», alors que les états intermédiaires de comorbidité en santé mentale étaient composés des «épuisés inefficaces» et des «buveurs à risque cyniques». Ainsi, au-delà du profil-type associé aux travailleurs «relativement sains» (c.-à-d. sans aucune prévalence élevée sur l'ensemble des manifestations de santé mentale considérées), trois autres types de comorbidité ont été validés par nos données, en conformité avec l'hypothèse **H1**.

Dans un premier temps, le type de comorbidité associé à «l'épuisement professionnel sévère et psychotropes» s'est avéré caractérisé par des répondants dont les scores pour les trois dimensions de l'épuisement professionnel se situaient dans les quintiles les plus élevés et dont la propension à l'utilisation de médicaments psychotropes était la plus marquée. Bien que nos résultats transversaux ne permettent pas d'établir des liens de causalité, cette association apparaît néanmoins conforme aux postulats de l'approche transactionnelle du stress, où l'épuisement professionnel est considéré comme une manifestation du stress professionnel et la consommation d'une substance psychoactive telle une stratégie d'adaptation permettant de pallier à ce dernier (Ames & Janes, 1992; Jex *et al.*, 1992; Lazarus & Folkman, 1984). Selon cette approche, confrontés à une exposition chronique à des demandes environnementales délétères émanant notamment du milieu de travail, les individus seraient plus enclins à présenter cette comorbidité. Les quelques écrits antérieurs sur le sujet proposaient des résultats semblables à ceux de notre recherche, mais uniquement pour les antidépresseurs (Gorter *et al.*, 2000) ou le cynisme (Nowack & Pentkowski, 1994). En effet, ces auteurs n'exploraient que les associations entre deux

variables dépendantes, soit l'usage de médicaments psychotropes et l'épuisement professionnel. Or, l'inclusion de six variables dépendantes à notre recherche ajoute un pan à la compréhension de la comorbidité, celle-ci étant un phénomène complexe. Cependant, gardons à l'esprit une importante source de modulation de l'association entre épuisement professionnel et psychotropes : lorsque l'épuisement professionnel est déclaré chez une personne, le médecin traitant pourrait lui prescrire des psychotropes afin de soulager les symptômes.

Dans un second temps, le profil-type associé aux «buveurs à risque cyniques», représentant un niveau intermédiaire de risques pour la santé mentale, était caractérisé principalement par un cynisme moyennement élevé et une consommation d'alcool dépassant les normes établies quant à la quantité ingurgitée par semaine ou lors d'une même occasion. Or, l'association entre l'alcool et le cynisme a également été dénotée par Sterud et ses collaborateurs (2007) : au sein de leur échantillon, les travailleurs aux prises avec un fort niveau de cynisme semblaient utiliser l'alcool afin d'atténuer leurs sentiments négatifs. Cette tendance pourrait être expliquée par la définition même de la dimension du cynisme. Rappelons que le cynisme constitue un mécanisme de réponse à des demandes environnementales excessives permettant à l'individu de se protéger, alors que les deux autres dimensions de l'épuisement professionnel sont plutôt l'expression des sentiments rattachés à ce syndrome telles la fatigue, l'anxiété et la perception d'inefficacité (Maslach *et al.*, 2001). Or, l'alcool constituerait aussi une stratégie d'adaptation permettant de pallier au stress (Ames & Janes, 1992). Ainsi, nous pouvons émettre la possibilité que les travailleurs utilisant déjà le cynisme comme stratégie de protection seraient plus enclins à faire un usage d'alcool plus à risque pour diminuer les sentiments négatifs vécus liés au cynisme. De plus, dans une même lignée que les résultats de Sterud et collaborateurs (2007), les résultats des analyses retrouvées dans les écrits de Cunradi et ses collaborateurs (2003) ainsi que dans ceux de Gorter et collaborateurs (2000), quoique mesurant l'épuisement professionnel comme un concept global, supportaient un lien entre la consommation d'alcool à risque et l'épuisement professionnel.

Dans un troisième temps, une dernière forme de comorbidité est ressortie de nos analyses, qui était représentée par les «épuisés inefficaces». Cette classe latente regroupait des travailleurs présentant des scores moyens-élevés pour l'épuisement émotionnel et l'inefficacité professionnelle sans qu'ils fassent pour autant un usage d'alcool à risque (c.-à-d. consommation hebdomadaire à risque et épisodique excessive d'alcool). En établissant une comparaison avec la classe des «buveurs à risque cyniques», il appert ainsi que seul le cynisme serait lié à la consommation d'alcool à risque dans notre population d'étude. Par ailleurs, le profil-type des «épuisés inefficaces» présente le second taux le plus élevé en termes d'usage de médicaments psychotropes. Ce constat permet d'avancer certaines pistes qui pourraient utilement être testées par des recherches longitudinales: il y aurait deux types de comorbidités impliquant l'épuisement professionnel selon la dimension additionnelle à l'épuisement émotionnel développée (critère du «*exhaustion+1*»). Autrement dit, l'individu présentant des hauts scores au niveau de l'épuisement émotionnel et de l'inefficacité professionnelle utiliserait des médicaments psychotropes à titre de stratégie d'adaptation face au stress professionnel, alors que celui rapportant des niveaux élevés d'épuisement émotionnel et de cynisme consommerait de l'alcool pour atténuer ses sentiments négatifs. Enfin, on dénote chez le groupe de travailleurs «épuisés inefficaces» une dynamique similaire sur le plan de la comorbidité des dimensions de l'épuisement professionnel et de la consommation de médicaments psychotropes à celle observée au sein de la classe «éprouvé professionnel sévère et psychotropes», hormis la gravité moindre des scores rapportés pour l'épuisement professionnel et des prévalences pour l'usage de médicaments psychotropes.

### **5.2.2- La présence de risques différentiels selon la typologie de la comorbidité en santé mentale**

Selon la seconde hypothèse générale de notre étude (**H2**), les facteurs du travail étaient associés à la cooccurrence de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives. Cette hypothèse a été partiellement vérifiée par les analyses en régressions logistiques multinomiales et leurs rapports de chances significatifs dégagés au

Tableau 14. Ainsi, les récompenses et le surinvestissement étaient liés à différents degrés à chacune des trois classes latentes comparées (est exclue la classe des «relativement sains» puisque constituant celle de référence). Une différence marquante émanait entre les types «épuiement professionnel sévère et psychotropes» et «relativement sains»: les individus compris dans la classe «épuiement professionnel sévère et psychotropes» avaient neuf fois plus de chances de se surinvestir au travail et quatre fois moins de chances de recevoir des récompenses comparativement aux travailleurs «relativement sains». Il est à noter que le surinvestissement avait été identifié comme un facteur de risque dans le modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses de Siegrist (1996), les travailleurs arborant cette caractéristique vivant plus difficilement l'état de déséquilibre, alors que les récompenses en constituaient un de protection dans ce même modèle théorique. Or, les résultats de notre recherche suivent cette logique, où le groupe le plus à risque, soit celui lié à «l'épuiement professionnel sévère et psychotropes», présente les valeurs extrêmes pour les rapports de chances comparativement à toutes les autres classes examinées. De manière générale, nos conclusions concordent avec celles dégagées dans divers écrits qui analysaient toutefois les différents troubles à l'étude distinctivement. Ainsi, les récompenses avaient spécifiquement été associées à une consommation d'alcool à risque (Grunberg *et al.*, 1998; Kouvonen *et al.*, 2005; Marchand *et al.*, 2011), à l'épuiement professionnel (De Jonge *et al.*, 2000a; Van Vegchel *et al.*, 2005) et, moins nettement, à l'usage de médicaments psychotropes (Harling *et al.*, 2009; Lavigne & Bourbonnais, 2010). Peu de recherches empiriques ont examiné l'effet indépendant du surinvestissement sur la santé mentale, préférant l'analyser sous l'angle de son effet modérateur sur des situations de déséquilibre entre les efforts extrinsèques et les récompenses du travail. Toutefois, celles l'examinant de façon indépendante suggéraient un effet délétère du surinvestissement sur l'état de santé physique et mentale de l'individu (Dragano *et al.*, 2008; Niedhammer *et al.*, 2004; Siegrist, 1996).

En ce qui concerne les autres facteurs de protection identifiés à l'hypothèse **H2a**, nos résultats sont nettement moins concluants. Pour deux des trois classes comparées, le soutien social ne semble pas expliquer la différence retrouvée avec leur profil et celui des individus «relativement sains». Seuls les travailleurs composant la classe «épuiement

professionnel sévère et psychotropes» rapportaient des probabilités de faibles niveaux de soutien social. L'absence d'aide socio-émotionnelle et instrumentale pourrait ainsi constituer un facteur de risque que dans les situations les plus extrêmes, où il y a présence d'une concentration de risques pour la santé mentale. Nos résultats soutiennent donc ceux de plusieurs études (notamment : Bakker *et al.*, 2003; Bakker *et al.*, 2004; Bourbonnais *et al.*, 1999; De Jonge *et al.*, 1996; De Lange *et al.*, 2004; Hemmingsson & Lundberg, 1998). Les résultats obtenus concernant les deux composantes de la latitude décisionnelle (l'autorité décisionnelle et l'usage des compétences) aboutissent à des conclusions mitigées. Premièrement, l'autorité décisionnelle ne semble être aucunement liée aux formes de comorbidité identifiées pour notre échantillon. Généralement, le niveau d'autorité décisionnelle rapporté par les travailleurs sondés était élevé, ce qui peut expliquer les différences non significatives entre chacun des groupes. Ces résultats vont tout de même à l'encontre de la littérature antérieure sur le sujet (Marchand & Durand, 2011a; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Peeters, 2000). Rappelons que les études examinant la consommation de substances psychoactives ne faisaient pas la distinction entre chacune des deux composantes de la latitude décisionnelle. Nous ne pouvons donc pas établir une comparaison avec ces dernières. Toutefois, nos résultats associés à l'utilisation des compétences montrent l'importance de faire cette distinction. Tel qu'argué par le modèle de Karasek (1979), un sentiment de maîtrise de l'environnement de travail contribue à contrer les effets du stress professionnel et serait associé à de meilleurs états de santé. Or, dans le cas spécifique des classes caractérisées par de hauts niveaux d'épuisement émotionnel et d'inefficacité professionnelle («épuisement professionnel sévère et psychotropes» et «épuisés inefficaces»), les individus étaient beaucoup plus enclins à rapporter des bas niveaux d'utilisation de leurs habilités et aptitudes (RC : 0,19 et 0,47 respectivement). Cette dernière conclusion permet de valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des compétences constituerait un facteur de protection de la santé mentale au travail, de concert avec les écrits de plusieurs chercheurs (De Jonge *et al.*, 2000b; Leiter, 1991; Marchand & Durand, 2011a; S. Stansfeld *et al.*, 1999). Ce facteur ne semble toutefois expliquer que les cas de cooccurrence où l'épuisement émotionnel est impliqué.

De manière générale, nonobstant le surinvestissement, les facteurs de risque identifiés à l'hypothèse **H2b** (soit les demandes psychologiques et contractuelles ainsi que les efforts extrinsèques) sont associés de manière modérée ou faible aux différentes formes de comorbidité retrouvées au sein de notre échantillon. Cette hypothèse est donc partiellement confirmée. Malgré la similarité des deux concepts, les demandes psychologiques et les efforts extrinsèques présentent des résultats divergents, ce qui est conforme à d'autres travaux ayant exploré la complémentarité de ces derniers en santé mentale au travail (Rydstedt *et al.*, 2007). Seul un rapport de chances pour les demandes psychologiques s'avère concluant (pour la classe de l'«épuisement professionnel sévère et psychotropes»), les valeurs pour le concept d'efforts extrinsèques étant non significatives pour l'ensemble des classes examinées. Les efforts extrinsèques ne caractérisaient donc aucun des profils de risques définis par les classes latentes. Cette particularité peut être expliquée par la colinéarité observée entre les deux variables, difficulté méthodologique discutée lors du chapitre précédent. Par ailleurs, les demandes psychologiques sont liées significativement à la classe des «épuisés inefficaces» et de «l'épuisement professionnel sévère et psychotropes». Tel que proposé dans la théorie de Karasek (1979), les contraintes de temps, l'effort mental requis, le rythme de travail ou la quantité de tâches à accomplir, c'est-à-dire les demandes psychologiques, peuvent constituer un stress négatif pour l'individu et contribuer au développement de l'épuisement professionnel. Nos résultats permettent de vérifier en partie cette association, les groupes caractérisés par un épuisement professionnel moyen à sévère présentant les plus fortes probabilités de rapporter des demandes psychologiques élevées (RC =3.03 classe «EP sévère» et RC=1,85 classe «épuisés inefficaces»). Cette dernière spécificité s'aligne avec la littérature existante sur le sujet, où les demandes psychologiques constituaient un déterminant important de l'épuisement émotionnel (Martinussen *et al.*, 2007; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli *et al.*, 2009a), mais non du cynisme (Bakker *et al.*, 2004; Schaufeli & Greenglass, 2001; Truchot, 2004). Or, notre second profil-type, soit les «buveurs à risque cyniques», ne se démarque pas significativement du groupe de référence des «relativement sains» quant aux demandes psychologiques bien que les individus le composant semblent particulièrement enclins à

présenter des niveaux élevés de cynisme. Également, nos résultats suivent les tendances dégagées par les écrits existants quant à la consommation de substances psychoactives. Rappelons que plusieurs auteurs soutenaient une association entre les psychotropes et des demandes psychologiques élevées (Gay *et al.*, 2008; Pelfrene *et al.*, 2004), alors qu'elle était plus mitigée et même inexistante pour la consommation d'alcool à risque (Frone, 2008; Kouvonen *et al.*, 2005). Ainsi, intervenir au niveau des demandes psychologiques ne pourrait avoir qu'un véritable effet sur les comorbidités en santé mentale impliquant l'épuisement professionnel et non sur celles qui impliquent que la consommation d'alcool à risque. Des recherches spécifiques sur ce type d'intervention sont cependant nécessaires pour vérifier cette proposition.

En ce qui concerne les demandes contractuelles, nos résultats ne permettent pas de conclure que les horaires de travail irréguliers et le nombre d'heures totales travaillées hebdomadairement ont un effet sur les troubles de santé mentale étudiés. En effet, les individus regroupés au sein du profil-type le plus à risque (la classe de l'«EP sévère et médicaments psychotropes») travailleraient légèrement moins longtemps que les autres, sans pour autant présenter une différence particulièrement marquante (RC=0,97; IC=0,95-0,99). Pourtant, à l'opposé, de longues heures de travail ont été associées à une surcharge de travail et conséquemment, à divers troubles de santé mentale et comportements à risque dans plusieurs recherches antérieures (notamment les travaux de : Ames *et al.*, 2000; Blanc & Marchand, 2010; Bourbonnais *et al.*, 1999; Harling *et al.*, 2009; Marchand *et al.*, 2011). Cette distinction peut cependant provenir de l'opérationnalisation même du concept, les heures de travail étant mesurées de façon objective, c'est-à-dire selon le temps effectif de travail en heures, et non selon la perception qu'ont les individus de leur temps de travail (si celui-ci exerce une pression). Or, cette avenue a été discutée par Schaufeli et ses collègues (2008) qui ont conclu que lorsque le temps de travail exerçait une pression sur l'individu, et donc lorsque la perception subjective de cette pression était mesurée, alors celui-ci pouvait devenir délétère pour le travailleur. De plus, des horaires irréguliers n'ont pas été liés à un profil-type particulier pour notre échantillon. Ces derniers engendreraient pourtant plusieurs difficultés au niveau de la conciliation entre le travail et la vie privée (Morin & Aubé,

2007) et subséquemment, seraient associés à divers troubles de consommation (Frone, 2008; Maranda, 2002; Niedhammer *et al.*, 2011) et à l'épuisement émotionnel (Jamal, 2004). Le fait que nous n'avons que considéré les horaires irréguliers et non les quarts de travail atypiques en général, tels les quarts de soir ou de nuit, peut toutefois expliquer l'écart subsistant entre nos résultats et ceux retrouvés au sein de la littérature.

La quatrième hypothèse (**H4**) énonçait une association entre certains facteurs individuels et les formes de comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives. Les rapports de chances observés pour chacune des trois classes latentes comparées (excluant celle de référence, soit les individus «relativement sains») permettent de confirmer cette dernière hypothèse et suivent les tendances dégagées par la littérature. En effet, une dynamique particulière selon laquelle les hommes consommaient de l'alcool de façon plus risquée que les femmes a été signalée dans plusieurs études de grande envergure et méta-analyses (Frone, 2008; Kouvonen *et al.*, 2005; Marchand & Blanc, 2011; NgoundoMbongue & Ngoundo, 2005; Wilsnack *et al.*, 2000). Or, les résultats de notre recherche supportent cette tendance puisque la classe des «buveurs à risque cyniques» est majoritairement composée d'hommes (RC=0,04 pour les femmes). De plus, nos résultats concordent avec les écrits spécifiques sur l'épuisement professionnel à l'issue desquels les femmes étaient plus susceptibles de présenter des hauts niveaux d'épuisement émotionnel et des bas niveaux de cynisme (Cunradi *et al.*, 2003; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli & Greenglass, 2001; Westman & Etzion, 1995). Le troisième groupe de travailleurs, les «épuisés inefficaces», caractérisé par un épuisement émotionnel élevé, un cynisme faible et une absence de consommation d'alcool à risque, était davantage composé de femmes que d'hommes comparativement au profil-type des «relativement sains» (RC=1,21). Ce dernier constat réfute les conclusions avancées par Ahola et ses collaborateurs (2006) qui révélaient des risques plus grands de troubles de consommation d'alcool pour les femmes aux prises avec le syndrome d'épuisement professionnel. En ce qui a trait à l'âge, les travailleurs inclus dans la classe des «relativement sains» semblaient légèrement plus âgés que les autres (RC variant entre 0,94 et 0,96 pour les trois classes comparées). Les quelques recherches empiriques s'étant

penchées sur la question de la comorbidité ont rapporté des résultats similaires, où l'âge était associé négativement à la cooccurrence de l'épuisement professionnel et de la consommation d'alcool à risque (Chen & Cunradi, 2008; Cunradi *et al.*, 2003). De plus, nos résultats concordent avec les travaux en matière d'épuisement professionnel qui indiquaient que les individus plus expérimentés, et donc plus âgés, présentaient des scores moins élevés pour chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel (Brewer & Shapard, 2004; Loo, 1994; Maslach *et al.*, 2001). De la même façon, les jeunes travailleurs ont été reconnus comme étant plus vulnérables à la consommation d'alcool à risque que leurs collègues plus âgés au sein de la littérature (Davey *et al.*, 2000; Kouvonen *et al.*, 2005; Marchand *et al.*, 2011). Rappelons que seul l'usage de médicaments psychotropes suivait une tendance inverse (Lavigne & Bourbonnais, 2010; NgoundoMbongue & Ngoundo, 2005). Malheureusement, cette tendance n'a pu être vérifiée au sein de notre échantillon. Nous pouvons cependant conclure que, de façon générale, l'âge constitue un facteur de protection pour les comorbidités étudiées bien qu'il nous est impossible d'établir une gradation particulière quant aux risques (par exemple, les jeunes travailleurs s'aggloméreraient principalement au sein de la classe la plus à risque au niveau des psychopathologies).

Une seule hypothèse est demeurée partiellement infirmée à la suite des analyses en classes latentes, soit celle suggérant une association entre divers facteurs hors travail et les quatre profils-types identifiés au sein de notre population d'étude (**H3**). Nos rapports de chances non significatifs quant au revenu du ménage font état d'une littérature tout aussi ambivalente à l'égard de son effet sur la santé mentale des travailleurs (Beauregard *et al.*, 2011). Notons toutefois qu'une faible proportion des travailleurs de notre échantillon a signalé un revenu modeste, ce qui peut expliquer nos résultats non significatifs. Le statut matrimonial s'est révélé lui aussi non concluant. La situation objective de l'individu, être en couple ou non, ne semble effectivement pas exercer une influence sur les troubles de santé testés par nos données. Les études menées par Ahola et ses collaborateurs (2006) et par Cunradi et ses collaborateurs (2003) sur la comorbidité ont d'ailleurs permis de tirer des conclusions similaires. De futurs travaux devraient cependant examiner l'angle subjectif du

statut matrimonial, c'est-à-dire mesurer les tensions vécues entre les conjoints comme l'ont effectué Marchand et ses collaborateurs par le passé (2010; 2005a, 2005b) afin d'évaluer un effet possible de cet indicateur. Enfin, au niveau des obligations parentales, le fait de vivre avec un enfant comporte un effet protecteur que dans les cas de comorbidité où plus de deux dimensions de l'épuisement professionnel sont impliquées (voir la classe de «l'épuisement professionnel sévère et psychotropes» et des «épuisés inefficaces»). Ce facteur hors travail n'exerce qu'une légère influence et ne caractérise pas les «buveurs à risque cyniques». Nos résultats sont donc conformes à ceux retrouvés dans la littérature spécifique sur l'épuisement professionnel (Soler *et al.*, 2008; Truchot, 2004), mais ne corroborent pas ceux des écrits s'attardant uniquement à la consommation d'alcool à risque (Marchand & Blanc, 2011; Marchand *et al.*, 2011).

### **5.2.3- Les risques spécifiques associés à deux types de comorbidité en santé mentale au travail : le cas des travailleurs «sains» et des travailleurs «fragiles»**

Enfin, selon les dernières hypothèses formulées (**H5** et ses dérivées), la forme que prend la comorbidité serait aussi tributaire des facteurs de risque et de protection présents dans l'environnement du travailleur. Les hypothèses dérivées de H5 postulaient en effet l'existence de deux profils-types particuliers au sein de notre échantillon, soit un regroupant des travailleurs «sains» (**H5b**) et un autre, des travailleurs «fragiles» (**H5a**), expliqués par des combinaisons particulières de facteurs de risque et de protection. Or, l'hypothèse **H5b** a été confirmée lors de nos analyses en classes latentes. Suivant l'examen de la classe correspondant aux travailleurs «sains», celle-ci s'est avérée caractérisée par des individus appartenant aux quintiles les plus faibles des trois dimensions de l'épuisement professionnel, par une absence de consommation d'alcool à risque et un usage faible de médicaments psychotropes. Or, ces individus semblaient exposés à une configuration plus optimale de conditions saines de travail. Effectivement, les milieux de travail de ces individus étaient empreints de plusieurs facteurs de protection tel que le démontre les rapports de chances rapportés pour notre échantillon. Les travailleurs associés à la classe

des «relativement sains» semblaient davantage utiliser leurs compétences, avoir accès à un plus grand soutien social et recevoir de plus amples récompenses que ceux des autres groupes. Ces derniers éléments permettent de confirmer l'hypothèse **H5b.1**. Nos résultats à cet égard concordent avec les effets indépendants de l'utilisation des compétences et du soutien social au travail suggérés par Karasek et Theorell (1990) dans leur modèle théorique de Demande/Contrôle/Soutien. En ce qui concerne les récompenses, une étude canadienne appuie également nos résultats (Marchand *et al.*, 2011) où les auteurs avaient identifié une association entre de fortes récompenses extrinsèques et une consommation modérée d'alcool. Ainsi, la présence de facteurs de protection dans un milieu de travail contribuerait à l'adoption de bonnes habitudes de vie par les individus et à une meilleure santé mentale.

La seconde hypothèse formulée quant au profil-type constitué de travailleurs «fragiles» (**H5a**) est pour sa part partiellement confirmée. Il en est de même de celle dérivée, soit **H5a.1**. Effectivement, deux profils-types semblent relativement plus à risque de développer des troubles de santé que les deux autres, sans pour autant obtenir des scores élevés pour chacune des six variables dépendantes. Dans un premier cas, les individus composant l'«épuiement professionnel sévère et psychotropes» se situent dans les quintiles les plus élevés de l'épuiement professionnel et sont plus susceptibles d'utiliser des médicaments psychotropes. Dans un second cas, les «buveurs à risque cyniques» possèdent de hauts niveaux de cynisme uniquement et dépassent les normes de consommation d'alcool à faible risque recommandées. Toutefois, tous deux ont de trois fois à neuf fois plus de chances de surestimer leurs capacités personnelles et de se surinvestir comparativement aux autres groupes, ce qui constitue un facteur de risque. Pour les autres facteurs de risque associés au travail, seules les demandes psychologiques tendaient à être plus élevées dans le groupe «épuiement professionnel sévère et psychotropes». Néanmoins, nous ne pouvons pas confirmer que les individus épuisés au niveau professionnel, c'est-à-dire répondant au critère non limitatif «*exhaustion+I*» (c.-à-d. rapportant un niveau élevé d'épuiement émotionnel et d'une autre des deux autres dimensions de l'épuiement professionnel)- ceux de la classe «épuiement professionnel

sévère et psychotropes» en l'occurrence - utilisent davantage l'alcool comme stratégie d'adaptation face au stress que ceux des autres groupes. Certes, ils arrivent au deuxième rang quant aux probabilités pour les deux indicateurs de consommation d'alcool, mais la majorité ne consommerait pas de façon risquée (plus de 67% pour la CEEA et 84% pour la consommation hebdomadaire d'alcool à risque). Cette conclusion va à l'encontre de celles formulées dans les écrits de Gorter et ses collaborateurs (2000) ou de Gershon et collaborateurs (2002), mais supporte celles plus récentes (Ahola *et al.*, 2006; Cunradi *et al.*, 2003) énoncées par des auteurs qui prenaient soin de bien distinguer la consommation d'alcool des troubles reliés à celle-ci. Ainsi, nous émettons la possibilité de l'existence d'un phénomène de cooccurrence entre le cynisme et la consommation d'alcool, sans pour autant appuyer une comorbidité au sens sémantique du terme puisque le cynisme ne constitue pas à lui seul une morbidité (selon le critère «*exhaustion+1*» pour l'épuisement professionnel établi par Schaufeli et ses collaborateurs (2001)).

Pour clore cette section, une observation intéressante émane de la validation de nos hypothèses. Aucun profil-type n'était spécifiquement associé à une consommation élevée et simultanée des deux substances psychoactives étudiées, soit l'alcool et les médicaments psychotropes. Il appert que des relativement hauts niveaux d'épuisement émotionnel et d'inefficacité professionnelle soient liés à une certaine vulnérabilité quant à l'usage de médicaments psychotropes, mais non à l'alcool, tel que le montre la classe des «épuisés inefficaces». À l'inverse, des hauts niveaux de cynisme étaient plutôt clairement reliés à une consommation d'alcool (classe des «buveurs à risque cyniques»), mais non aux médicaments psychotropes.

### **5.3- Forces et limites de la recherche**

D'entrée de jeu, une des principales forces de la présente étude réside certainement dans sa contribution à l'avancée des connaissances tant sur le plan théorique qu'empirique. En effet, elle comble des lacunes importantes au niveau des écrits sur la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives. Aucune

recherche connue de notre part ne se concentrait simultanément sur la consommation d'alcool à risque (consommation hebdomadaire d'alcool à risque et consommation épisodique excessive) et celle de médicaments psychotropes. Seules quelques-unes énonçaient les prévalences d'une cooccurrence entre le phénomène global d'épuisement professionnel et un des deux comportements à risque étudiés (consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes) (Ahola *et al.*, 2006; Ahola *et al.*, 2012; Cunradi *et al.*, 2009; Cunradi *et al.*, 2003; Sterud *et al.*, 2007). Or, non seulement notre recherche a pu identifier plusieurs formes de comorbidité en santé mentale au travail, mais elle a également considéré les trois dimensions de l'épuisement professionnel distinctivement pour expliquer ces dernières. À cet égard, les résultats confirment l'importance d'analyser les trois dimensions séparément puisque, par exemple, seuls des scores élevés de cynisme étaient associés à une consommation d'alcool à risque. De plus, cette étude a dépassé le stade de la simple énonciation des prévalences en associant à chacune des configurations distinctes des facteurs de risque et de protection. À ce sujet, l'intégration d'éléments provenant du milieu de travail et hors travail au modèle conceptuel a enrichi notre compréhension du phénomène.

Un autre point fort de notre recherche ressort au niveau de sa validité et fiabilité. Le choix des variables utilisées repose sur des fondements théoriques solides. Effectivement, la conceptualisation des variables provient de modèles validés et testés empiriquement à plusieurs reprises tels que le modèle de Karasek (1979) ou le modèle de Siegrist (1996). Les indicateurs mesurant la latitude décisionnelle, le soutien social au travail et les demandes psychologiques proviennent du *Job Content Questionnaire* qui est supporté par plusieurs travaux (Bourbonnais *et al.*, 1998; Karasek *et al.*, 1998; Niedhammer, 2002; Niedhammer *et al.*, 1998). Pour les efforts et les récompenses, les indicateurs ont été déterminés à partir du questionnaire établi et appuyé par Siegrist (1996). L'étude réalisée par Niedhammer et ses collègues (2002) révèle des indices de cohérence interne acceptables de ce dernier au plan statistique, aussi reproduits par les données de l'étude ERTSM. Un constat similaire est observé pour le *MBI-GS*. Permettant de mesurer l'épuisement professionnel, ce dernier exerce une certaine suprématie au sein de la

littérature (Dion & Tessier, 1994) et est utilisé par la majorité des chercheurs (Maslach *et al.*, 2001). Enfin, les indicateurs de la consommation de médicaments psychotropes et d'alcool ont été déterminés à partir de l'*ENSP* de Statistiques Canada.

Au niveau méthodologique, la méthode d'analyse employée, soit celle en classes latentes, témoigne d'une innovation dans le domaine des sciences sociales (Mancha *et al.*, 2012). Cette technique a favorisé une meilleure compréhension en révélant une structure sous-jacente à notre échantillon dans l'évaluation de la comorbidité en santé mentale au travail. Elle a entraîné la division de notre échantillon en quatre types présentant chacun une combinaison particulière de troubles à l'étude et dont l'association à des facteurs explicatifs variait selon le type de comorbidité étudié. En termes de devis de recherche, la taille de notre échantillon constitue également une des forces de notre étude. En effet, plus de 2162 travailleurs ont été interrogés et ils étaient âgés entre 18 et 70 ans. Ils occupaient des emplois divers et provenaient de 83 milieux de travail différents. La participation individuelle à l'enquête était bien au-delà des standards définis pour des questionnaires administrés par voie informatique (73,1%) (de Vaus, 2002). Ainsi, la validité externe de notre étude demeure élevée, d'autant plus que l'effet de plan lié à l'appartenance aux milieux de travail a été corrigé lors des analyses.

Nonobstant les éléments forts de notre recherche, quelques limites sont soulevées par cette dernière. Dans un premier temps, au niveau de l'échantillonnage, il subsiste diverses lacunes. L'échantillon a en effet été constitué à partir de quelques-unes des entreprises clientes de la Standard Life. Étant donné l'échantillonnage aléatoire stratifié et cette dynamique particulière qui a été observée au sein de notre échantillon, les résultats de l'étude peuvent être généralisés à des groupes de travailleurs faisant partie des entreprises clientes de la Standard Life, mais non à la population active générale. Dans un second temps, il importe de souligner l'utilisation d'un devis transversal pour cette recherche. Ce type d'étude néglige les changements comportementaux vécus par les individus et empêche d'établir des relations causales entre les phénomènes étudiés. Dans le cas de la comorbidité, il aurait été particulièrement intéressant de définir l'ordre d'apparition des phénomènes. Par

exemple, est-ce le cynisme qui mène à une consommation d'alcool à risque ou l'inverse? De plus, ce devis ne permet pas d'évaluer l'impact d'une intervention visant à améliorer les conditions de travail (en diminuant les facteurs de risque, par exemple) sur l'état de santé mentale des individus, ce qui aurait certainement enrichi notre compréhension du stress professionnel. Dans un troisième temps, les données de l'étude ERTSM constituent des données secondaires de telle sorte que les informations recueillies ainsi que les instruments de mesure utilisés ne relevaient pas de nos propres choix méthodologiques. Il aurait été intéressant, par exemple, d'intégrer le concept de justice organisationnelle, tel que suggéré par Kivimäki et ses collaborateurs (2007), à notre modèle d'analyse. Dans un même ordre d'idées, les données proviennent de questionnaires autoadministrés. À cet égard, plusieurs auteurs (De Jonge *et al.*, 2000b; Gavard-Perret & Aubert, 2008) ont critiqué cette méthode qui serait sujette à une subjectivité élevée puisqu'elle mesure la perception que détiennent les individus de leur état de santé mentale. Également, les travailleurs dont le sujet de l'étude les interpelle directement participeraient davantage à celle-ci que les autres, ce qui entraînerait une surestimation des degrés d'exposition. À l'inverse, pour l'alcool, les individus sous-estimerait leur consommation réelle lorsque la mesure est autorapportée (Rehm *et al.*, 2006).

Toujours en ce qui a trait à l'usage de substances psychoactives, les variables sélectionnées ne permettaient pas de distinguer les profils de consommation. Certes, pour l'alcool, deux phénomènes étaient considérés, mais il demeurait difficile de différencier les buveurs de fin de semaine de ceux de semaine, pour qui les motifs de consommation seraient singuliers (Marchand *et al.*, 2011). La mesure de l'usage de médicaments psychotropes demeure elle aussi ambiguë : il n'est pas possible de déterminer la quantité absorbée ni la durée de la consommation. De la sorte, un travailleur n'ayant utilisé qu'une seule fois un somnifère au cours du dernier mois se retrouvait classé dans la même catégorie qu'un consommateur régulier. Enfin, bien que la force associative entre certaines des variables observées (c.-à-d., les six variables dépendantes) soit apparue faible, Collins et Lanza (2010) rappellent que la pertinence de leur patron d'association s'explique

pertinemment en relation avec la variable latente (c.-à-d., avec la classe latente) (voir **Figure 5**).

## **5.4- Implications pour la recherche**

Située en phase exploratoire, la présente recherche a établi les associations existantes entre trois phénomènes liés à la santé mentale au travail auprès d'un échantillon de travailleurs québécois. Des recherches futures pourraient ainsi développer le modèle conceptuel validé de la comorbidité de la santé mentale au travail introduit par le présent mémoire en examinant les liens causaux dans le temps sur le plan du développement de la comorbidité. Un devis longitudinal permettrait dans un premier temps d'établir la séquence d'apparition des phénomènes dans un contexte de comorbidité. Il permettrait également de déterminer si les facteurs de risque identifiés sont bel et bien à l'origine de l'épuisement professionnel ou de la consommation de substances psychoactives telles l'alcool et les médicaments psychotropes. Dans une même lignée, un tel type d'étude serait susceptible d'éclaircir le rôle joué par les facteurs de protection dans le ralentissement du développement de ces troubles. En suivant une même cohorte sur plusieurs années, il serait possible de déterminer l'impact des interventions mises en place par une organisation dans la prévention de l'apparition et de l'évolution de formes multiples de comorbidité au fil du temps.

Plusieurs facteurs explicatifs organisationnels ont également été omis dans notre modèle conceptuel pour fins de parcimonie considérant la nature résolument exploratoire de notre démarche. C'est le cas notamment du style de gestion et de supervision ou des conditions de l'environnement physique au travail telles que l'exposition au bruit, à la poussière ou aux polluants. Ces dernières influencent la qualité de vie au travail et pourraient jouer un rôle important dans le stress vécu par les individus et ses conséquences sur la santé mentale (Vézina & Comité de la santé mentale du Québec, 1992). Tepper et ses collègues (2007) ont d'ailleurs établi un lien entre l'épuisement professionnel et la supervision abusive, celle-ci provoquant des tensions psychologiques aiguës chez le

travailleur. La consommation d'alcool peut également devenir un moyen de révolte et de résistance par lequel l'individu exprime sa frustration et sa colère face à des comportements verbaux ou non verbaux hostiles de la part de son supérieur (Bamberger & Bacharach, 2006). Cette avenue de recherche mérite donc approfondissement. De plus, les conditions de l'organisation du travail divergent selon les milieux de travail rencontrés. C'est cette particularité qu'ont tenté de saisir Demerouti et ses collègues (2001) en intégrant des demandes et des ressources propres à chacune des professions étudiées dans leur modèle théorique. Or, il serait d'intérêt d'examiner la pertinence d'explorer les particularités de chaque milieu de travail dans de futures recherches dans le domaine. À titre d'exemple à cet égard, des écrits antérieurs ont souligné le rapport particulier qu'entretiennent les policiers vis-à-vis leur réseau social hors travail (McCarty *et al.*, 2007). Dans un même ordre d'idées, hommes et femmes ne réagiraient pas de la même façon au stress professionnel et les risques d'exposition seraient différenciés selon le genre (Artazcoz *et al.*, 2007). Entreprendre une étude sur la comorbidité où le genre est employé à titre de variable de stratification constitue une avenue de recherche potentiellement fertile.

Également, ont été omis de notre modèle conceptuel des facteurs explicatifs hors travail et individuels. Intégrer des facteurs référant au soutien social reçu hors du milieu de travail enrichirait de futures recherches sur la comorbidité en santé mentale au travail. De plus, certains facteurs hors travail identifiés dans notre recherche mériteraient d'être conceptualisés autrement. Par exemple, il serait préférable d'étudier les obligations parentales et le statut matrimonial sous l'angle des tensions vécues avec les enfants ou le conjoint. Enfin, lors de la recension des écrits, quelques traits de personnalité tels les comportements de type A, l'estime de soi ou le centre de contrôle sont ressortis comme des éléments associés à un des troubles à l'étude (notamment : Bakker *et al.*, 2006; Blanc & Marchand, 2010; Bourbonnais *et al.*, 1999; Maranda, 2002; McNeill, 1996). Déterminer si ces traits de personnalité sont liés à différentes formes de comorbidité s'avère une avenue de recherche particulièrement intéressante.

## 5.5- Implications pratiques

De manière générale, une grande variation entre les différents profils-types de comorbidité en santé mentale au travail identifiés au sein de notre échantillon est expliquée par certaines caractéristiques de l'environnement psychosocial du travail. Dans le cas des individus les plus à risque, intervenir en priorité au niveau des récompenses et du surinvestissement, et de manière subsidiaire au niveau du soutien social au travail, de l'utilisation des compétences et des demandes psychologiques pourrait contribuer à rétablir un meilleur équilibre psychique expérimenté par les travailleurs et donc, réduire leurs risques de développer une facette de l'épuisement professionnel ou d'adopter des stratégies d'adaptation délétères pour leur santé physique et mentale. À titre d'exemples, réévaluer la charge de travail, revoir les échéanciers, établir des objectifs contrôlés et stimulants ou se questionner sur la justesse des rétributions offertes sont des actions pouvant être posées par les gestionnaires ou les supérieurs immédiats qui pourraient améliorer la perception qu'ont leurs employés du milieu de travail. Également, en tant que supérieur, reconsidérer les rapports entretenus avec ses subordonnés (offre-t-on le soutien technique et émotionnel adéquat?) et se questionner sur la latitude décisionnelle concédée aux subalternes semblent des pistes d'intervention à privilégier lorsque des scores élevés d'épuisement professionnel sont signalés. À la lumière de nos résultats, les interventions de type primaire, c'est-à-dire celles agissant directement sur les facteurs du travail stressants tel le contenu du travail, semblent à privilégier, d'autant plus que leur efficacité a été confirmée (Egan *et al.*, 2007). Néanmoins, le surinvestissement et le cynisme référant davantage aux capacités individuelles de gestion du stress, des interventions de type secondaire (telle une formation en développement individuel, sur la relaxation ou sur l'estime de soi) semblent également nécessaires et constitueraient un excellent complément aux programmes d'intervention primaire (Ruotsalainen, Serra, Marine, & Verbeek, 2008). De façon générale, la présente recherche démontre la complexité de la santé mentale au travail, les combinaisons de facteurs de risque et de protection variant pour chacun des différents types de comorbidité, et la nécessité d'ajuster les interventions en conséquence.

De nos résultats de recherche ressort également l'obligation pour les gestionnaires de dresser un portrait de la situation juste qui considère le caractère multidimensionnel de la santé et de la sécurité au travail. Les troubles de santé mentale ne se manifestent rarement seuls, la comorbidité existant bel et bien dans les milieux de travail. Il appert ainsi important de mettre en place des pratiques organisationnelles tenant compte de la comorbidité, ce qui encourage du coup à adopter une approche intégrée de la prévention/intervention en santé mentale qui est garante de succès.

Cependant, avant d'intervenir, les gestionnaires doivent connaître l'ampleur des problèmes prévalant au sein de leur entreprise en réunissant les diverses informations disponibles. Trianguler les données administratives telles que le taux d'absentéisme de courte durée ou les réclamations en lien avec la santé mentale au travail, les signaux individuels observables et des sondages sur la présence de facteurs de risque ou de protection contribuerait à une meilleure compréhension de la problématique (Brun *et al.*, 2009a). À ce niveau, les implications de notre recherche demeurent notoires : elle documente la comorbidité et cible les individus à risque en identifiant des facteurs environnementaux et des caractéristiques individuelles à surveiller (tel le fait d'être un homme, moins âgé, enclin à se surinvestir au travail ou à présenter une attitude négative face à son travail dans le cas de la consommation d'alcool à risque; tel le fait d'être une femme, moins âgée, sans enfant et ayant tendance à se surengager dans le cas de l'épuisement professionnel). Ainsi, notre recherche propose aux gestionnaires d'exercer une certaine vigilance sur ces travailleurs, sans pour autant les stigmatiser, afin de leur offrir le soutien nécessaire avant qu'un des trois troubles à l'étude, ou même une comorbidité, ne se développe.

## Conclusion

Le stress professionnel représente un fardeau de taille pour les organisations et la société. Les manifestations du stress ainsi que les stratégies d'adaptation employées pour le contrer entraînent des pertes monétaires en termes de milliards de dollars à chaque année. Or, l'intérêt de la recherche pour ces différents troubles liés au stress semblait justifié. La littérature s'est d'ailleurs enrichie et multipliée sur le sujet au fil des ans. Toutefois, le présent mémoire se démarquait de la voie tracée par cette dernière dans sa volonté d'exploration des liens concomitants existant entre l'épuisement professionnel et la consommation de substances psychoactives. Il tentait également de circonscrire les formes de comorbidité retrouvées chez la main-d'œuvre par l'entremise d'une analyse en classes latentes, une forme d'analyse novatrice en sciences sociales. Enfin, ce mémoire se voulait révélateur de facteurs de risque et de protection associés à chacun des profils-types de travailleurs identifiés au sein d'un vaste échantillon composé ultimement de 1809 individus provenant de 83 milieux de travail différents.

En vue d'élargir les déterminants de la santé mentale, le cadre d'analyse de cette recherche considérait à la fois des éléments du travail, hors travail et certaines caractéristiques individuelles comme facteurs explicatifs du stress professionnel et donc, des troubles en découlant. Ainsi, des concepts directement tirés des modèles théoriques de Karasek et Theorell (1990) (autonomie décisionnelle, utilisation des compétences, demandes psychologiques et contractuelles et le soutien social au travail) et de celui de Siegrist (1996) (efforts, récompenses et surinvestissement) ont été intégrés au cadre conceptuel à titre de déterminants des formes de comorbidité observées entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel, la consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool et l'usage de médicaments psychotropes. Des éléments retrouvés à l'extérieur de la sphère du travail tels le statut matrimonial, les obligations familiales et le revenu du ménage ainsi que l'âge et le genre ont également été traités de la sorte, c'est-à-dire en tant que variables explicatives. Au total, cinq hypothèses ont été formulées à partir de ce cadre conceptuel, dont une particulièrement enrichissante pour le

milieu pratique qui se rapportait à l'existence de deux profils-types de travailleurs au sein de notre échantillon, soit les individus «sains» et ceux «fragiles».

Quatre classes latentes ont été identifiées à la suite d'analyses multivariées, chacune correspondant à un profil type particulier de cooccurrence des différents phénomènes à l'étude. Dans un premier temps, nos résultats ont montré l'importance de distinguer les trois dimensions de l'épuisement professionnel, les stratégies d'adaptation face au stress utilisées y étant associées de façon spécifique. Des scores élevés pour le cynisme étaient effectivement liés à une consommation d'alcool à risque alors que de hauts niveaux d'épuisement émotionnel et d'inefficacité professionnelle semblaient liés à de plus grandes probabilités d'utiliser un médicament psychotrope. Dans un second temps, une comparaison entre la classe latente de référence, soit «les individus sains» - celle dont les risques pour la santé mentale étaient les plus faibles, voire inexistantes -, et les autres classes nous a permis de déceler quelques facteurs de risque et de protection et conséquemment, d'appuyer la littérature antérieure sur le sujet. Ainsi, une faible utilisation des compétences, un soutien social inadéquat, des demandes psychologiques excédant la capacité d'adaptation de l'individu et de faibles récompenses constituaient des caractéristiques de l'organisation du travail susceptibles de se retrouver dans l'environnement des individus rapportant les plus hauts niveaux d'épuisement professionnel, de consommation de psychotropes et des taux relativement élevés de consommation épisodique excessive et hebdomadaire à risque d'alcool. Le surinvestissement et le jeune âge des travailleurs étaient également du nombre des facteurs individuels typiques. De plus, pour tous les profils-types dits «à risque», le surinvestissement, les récompenses inadéquates ainsi que l'âge expliquaient une part des variations observées.

À la lumière de nos résultats, nous pouvons affirmer que la cooccurrence de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives existe dans nos milieux de travail québécois. Ses formes les plus délétères sont associées à des facteurs du travail qui ont été reconnus antérieurement par plusieurs auteurs comme source de tension psychique néfaste pour l'individu. De cette dernière conclusion surgit une

opportunité pour les gestionnaires d'examiner les conditions de l'organisation du travail subsistantes au sein de leur entreprise. Ils pourront ainsi déterminer celles potentiellement dommageables et celles bénéfiques pour leurs travailleurs. De cette analyse pourra ensuite découler plusieurs interventions visant à modifier l'environnement de travail de façon préventive telles que la mise en place de programmes de formation visant une meilleure adéquation entre l'individu et son emploi, l'instauration de pratiques de reconnaissance des résultats et de la personne ou encore une redistribution plus équitable des tâches de travail (Morin & Aubé, 2007). Une part des troubles de santé mentale demeure néanmoins expliquée par des caractéristiques individuelles ou des composantes de la vie en société, tel qu'en témoigne la présente recherche. Le surinvestissement, le genre, l'âge ou le statut parental influencent à leur manière la dynamique existante entre les manifestations du stress et les stratégies d'adaptation employées. Puisque le présent mémoire se situait en phase exploratoire, des travaux examinant à nouveau la comorbidité de l'épuisement professionnel et de la consommation de substances psychoactives deviennent impératifs et l'inclusion de plusieurs facteurs internes et externes à la sphère du travail demeure essentielle pour une compréhension complète et juste du phénomène.

## Bibliographie

- Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., et al. (2006). Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction, 101*(10), 1438-1443.
- Ahola, K., Pulkki-Roback, L., Kouvonen, A., Rossi, H., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2012). Burnout and Behavior-Related Health Risk Factors: Results From the Population-Based Finnish Health 2000 Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 54*(1).
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior, 79*(2), 549-562.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 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*(2), 203-219.
- Ames, G. M., & Janes, C. (1992). A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace. *Alcohol Health & Research World, 16*(2), 112-119.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortàs, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*(Suppl 2), ii39-ii45.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*(2), 170-180.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2003). The socially induced burnout model. In S. S.P. (Ed.), *Advances in Psychology Research* (Vol. 25, pp. 13-30). New York: Nova Science Publishers.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management, 43*(1), 83-104.
- Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2000). Burnout Contagion Processes Among Teachers. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(11), 2289-2308.

- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology, 146*(1), 31-50.
- Ballenger, J. F., Best, S. R., Metzler, T. J., Wasserman, D. A., Mohr, D. C., Liberman, A., et al. (2011). Patterns and Predictors of Alcohol Use in Male and Female Urban Police Officers. *The American Journal on Addictions, 20*(1), 21-29.
- Bamberger, P. A., & Bacharach, S. B. (2006). Abusive supervision and subordinate problem drinking: Taking resistance, stress and subordinate personality into account. *Human Relations, 59*(6), 723-752.
- Beauregard, N. (2010). *Les organisations saines et apprenantes comme cadre analytique de la santé mentale au travail: le cas des cadres supérieurs de la fonction publique fédérale du Canada*. Thèse de doctorat, University of Ottawa, Ottawa.
- Beauregard, N., Marchand, A., & Blanc, M.-E. (2011). What do we know about the non-work determinants of workers' mental health? A systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health, 11*(1), 439.
- Blanc, M. E., & Marchand, A. (2010). Quel est le rôle du travail dans l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes au Canada? *Canadian Journal of Public Health, 101*(7), S63-S68.
- 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/Revue canadienne de santé publique, 90*(4), 264-270.
- Bordeleau, M., & Traoré, I. (2007). Santé générale, santé mentale et stress au Québec : Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu *Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Zoom Santé*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J., & Vézina, M. (1996). Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 22*(2), 139-145.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology, 4*(2), 95-107.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine, 34*(1), 20-28.
- Brenninkmeijer, V., & VanYperen, N. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occupational and Environmental Medicine, 60*(suppl. 1), i16-i20.

- Brewer, E. W., & Shapard, L. (2004). Employee Burnout: A Meta-Analysis of the Relationship Between Age or Years of Experience. *Human Resource Development Review*, 3(2), 102-123.
- Britton, D. M. (2000). The Epistemology of the Gendered Organization. *Gender & Society*, 14(3), 418-434.
- Brown, S. A., Inaba, R. K., Gillin, J. C., Schuckit, M. A., & et al. (1995). Alcoholism and affective disorder: Clinical course of depressive symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 45-52.
- Brun, J.-P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009a). Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologiques au travail. Montréal: IRSST.
- Brun, J.-P., Lamarche, C., & Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. (2009b). Évaluation des coûts du stress au travail: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.
- Burke, R. J. (1994). Stressful events, work-family conflict, coping, psychological burnout, and well-being among police officers. *Psychological Reports*, 75(2), 787-800.
- Burke, R. J., Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2006). Gender differences in policing: reasons for optimism? *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 29(3), 513-523.
- Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 299-307.
- Butt, P., Beirness, D., Gliksman, L., Paradis, C., & Stockwell, T. (2011). L'alcool et la santé au Canada: résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque: Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Cerdà, M., Sagdeo, A., Johnson, J., & Galea, S. (2010). Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 14-38.
- Chartrand, P. (2003). *Tension au travail et consommation de médicaments psychotropes*. Université Laval, Québec.
- Chen, M.-J., & Cunradi, C. B. (2008). Job stress, burnout and substance use among urban transit operators: The potential mediating role of coping behaviour. *Work & Stress*, 22(4), 327-340.
- Chevalier, S., & Lemoine, O. (2001). Consommation de drogues et autres substances psychoactives. In E. s. e. d. s. 1998 (Ed.), *La santé et le bien-être* (2e édition ed., pp. 788). Québec.

- Clogg, C. C., & Goodman, L. A. (1984). Latent Structure Analysis of a Set of Multidimensional Contingency Tables. *Journal of the American Statistical Association*, 79(388), 762-771.
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2010). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. Hoboken, USA: Wiley.
- Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135(1), 142-156.
- Cox, T., Tisserand, M., & Taris, T. (2005). Editorial: The conceptualization and measurement of burnout: Questions and directions. *Work & Stress*, 19(3), 187-191.
- Crum, R., Muntaner, C., Eaton, W., & Anthony, J. (1995). Occupational Stress and the Risk of Alcohol Abuse and Dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(3), 647-655.
- Cunradi, C. B., Chen, M.-J., & Lipton, R. (2009). Association of Occupational and Substance Use Factors with Burnout among Urban Transit Operators. *Journal of Urban Health*, 86(4), 562-570.
- Cunradi, C. B., Greiner, B. A., Ragland, D. R., & Fisher, J. M. (2003). Burnout and alcohol problems among urban transit operators in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 28(1), 91-109.
- Davey, J. D., Obst, P. L., & Sheehan, M. C. (2000). Developing a profile of alcohol consumption patterns of police officers in a large scale sample of an Australian police service. *European Addiction Research*, 6(4), 205-212.
- de Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris: Éditions du Seuil.
- 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 & Medicine*, 50(9), 1317-1327.
- De Jonge, J., Janseen, P., & Van Breukelen, G. (1996). Testing the demand-control-support model among health-care professionals: A structural equation model. *Work & Stress*, 10(3), 209-224.
- De Jonge, J., Mulder, M., & Nijhuis, F. (1999). The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1149-1160.
- De Jonge, J., Reuvers, M. M. E. N., Houtman, I. L. D., Bongers, P. M., & Kompier, M. A. J. (2000b). Linear and nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: Baseline results from SMASH. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 256-268.

- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress, 18*(2), 149-166.
- de Vaus, D. A. (2002). *Surveys in social research* (5th ed.). Sydney: Allen and Unwin.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512.
- Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine, 58*(12), 2585-2600.
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. [Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI)]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 26*(2), 210-227.
- Dragano, N., He, Y., Moebus, S., Jöckel, K.-H., Erbel, R., Siegrist, J., et al. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 72-78.
- Egan, M., Bamba, C., Thomas, S., Pettecrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*(11), 945-954.
- Ely, R. J., & Meyerson, D. E. (2000). Theories of gender in organizations: A new approach to organizational analysis and change. *Research in Organizational Behavior, 22*(0), 103-151.
- Estryn-Behar, M., Kaminski, M., Peigne, E., Bonnet, N., Vaichere, E., Gozlan, C., et al. (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine, 47*(1), 20-28.
- Fortin, F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière éducation.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159-165.
- Frone, M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 23*(4), 284-291.
- Frone, M. R. (2008). Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. *Journal of Applied Psychology, 93*(1), 199-206.
- Gabriel, P. (2000). Mental Health in the Workplace: Situation Analyses, United States. *GLADNET Collection, 228*.

- Gavard-Perret, M.-L., & Aubert, B. (2008). *Méthodologie de la recherche : réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*. Paris: Pearson education.
- Gay, V., Houdoyer, E., & Rouzaud, G. (2008). Conduites dopantes en milieu professionnel: étude sur un échantillon de travailleurs parisiens. *Thérapie, 63*(6), 453-462.
- Gershon, R. R. M., Lin, S., & Li, X. (2002). Work Stress in Aging Police Officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 44*(2), 160-167.
- Gorter, R. C., Eijkman, M. A. J., & Hoogstraten, J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences, 108*(4), 261-267.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*(8), 807-816.
- Grunberg, L., Moore, S., Anderson-Connolly, R., & Greenberg, E. (1999). Work stress and self-reported alcohol use: The moderating role of escapist reasons for drinking. *Journal of Occupational Health Psychology, 4*(1), 29-36.
- 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*(5), 487-502.
- Hagenaars, J. A., & McCutcheon, A. L. (2002). *Applied latent class analysis*. Cambridge: Cambridge Univ Pr.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology, 43*(6), 495-513.
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management, 30*(6), 859-879.
- Härenstam, A. (2009). Exploring gender, work and living conditions, and health - suggestions for contextual and comprehensive approaches. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 35*(2), 127-133.
- Harling, M., Strehmel, P., Schablon, A., & Nienhaus, A. (2009). Psychosocial stress, demoralization and the consumption of tobacco, alcohol and medical drugs by veterinarians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 4*(1), 4-14.
- Hawkins, H. C. (2001). Police Officer Burnout: A Partial Replication of Maslach's Burnout Inventory. *Police Quarterly, 4*(3), 343-360.
- Hemmingsson, T., & Lundberg, I. (1998). Work control, work demands, and work social support in relation to alcoholism among young men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*(4), 921-927.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist, 44*(3), 513.

- Hobfoll, S. E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-133). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Houkes, I., Janssen, P. P. M., De Jonge, J., & Bakker, A. B. (2003). Specific determinants of intrinsic work motivation, emotional exhaustion and turnover intention: A multisample longitudinal study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(4), 427-450.
- Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non-standard work schedules: a study of Canadian workers. *Stress and Health*, 20(3), 113-119.
- Jex, S. M., Beehr, T. A., & Roberts, C. K. (1992). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, 77(5), 623-628.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., & Theorell, T. r. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 15(4), 271-279.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313.
- Kivimäki, M., Honkonen, T., Wahlbeck, K., Elovainio, M., Pentti, J., Klaukka, T., et al. (2007). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), 154-158.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M., & Siegrist, J. (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? *Occupational and Environmental Medicine*, 64(10), 659-665.

- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 22-27.
- Kop, N., Euwema, M., & Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & Stress, 13*(4), 326-340.
- Kouvonen, A., Kivimaki, M., Cox, S. J., Poikolainen, K., Cox, T., & Vahtera, J. (2005). Job Strain, Effort-Reward Imbalance, and Heavy Drinking: A Study in 40,851 Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47*(5).
- Kouvonen, A., Kivimaki, M., Virtanen, M., Heponiemi, T., Elovainio, M., Pentti, J., et al. (2006). Effort-reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: cross-sectional survey in a sample of 36,127 public sector employees. *BMC Public Health, 6*(1), 24.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192-207.
- Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior, 9*(3), 217-239.
- Larocque, B., Brisson, C., & Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du «Job Content Questionnaire» de Karasek. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 46*(5), 371-381.
- Lavigne, É., & Bourbonnais, R. (2010). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. *International Journal of Law and Psychiatry, 33*(2), 122-129.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior, 12*(2), 123-144.
- Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress & Coping, 7*(4), 357-373.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping, 9*(3), 229-243.
- Levi, L., Bartley, M., Marmot, M., Karasek, R., Theorell, T., Siegrist, J., et al. (2000). Stressors at the workplace: theoretical models. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa.), 15*(1), 69-106.
- Levy, P. S., & Lemeshow, S. (2011). *Sampling of populations: methods and applications* (2nd ed. Vol. 543). New York: Wiley.

- Lo, Y., Mendell, N. R., & Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika*, 88(3), 767-778.
- Loo, R. (1994). Burnout among Canadian police managers. *International journal of organizational analysis*, 2(4), 406.
- Lupien, S. J., Wilkinson, C. W., Briere, S., Ng Ying Kin, N., Meaney, M. J., & Nair, N. P. (2002). Acute modulation of aged human memory by pharmacological manipulation of glucocorticoids. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(8), 3798-3807.
- Mäkikangas, A., Hättinen, M., Kinnunen, U., & Pekkonen, M. (2011). Longitudinal factorial invariance of the Maslach Burnout Inventory-General Survey among employees with job-related psychological health problems. *Stress and Health*, 27(4), 347-352.
- Mancha, B. E., Hulbert, A., & Latimer, W. W. (2012). A Latent Class Analysis of Alcohol Abuse and Dependence Symptoms Among Puerto Rican Youth. *Substance Use & Misuse*, 47(4), 429-441.
- Maranda, M. F. (2002). Représentations de la surconsommation de substances psychoactives: logiques d'action d'un réseau d'entraide en milieu de travail. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), 153.
- Marchand, A. (2008). Alcohol use and misuse: What are the contributions of occupation and work organization conditions? *BioMed Central Ltd.*, 8(1), 333.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2010). Chronicité de la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'oeuvre canadienne : quelle est la contribution de la profession et des conditions de l'organisation du travail? *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 58(2), 89-99.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2011). Occupation, Work Organization Conditions, and Alcohol Misuse in Canada: An 8-Year Longitudinal Study. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1003-1014.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005a). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology of Health & Illness*, 27(5), 602-627.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005b). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61(1), 1-14.
- Marchand, A., & Durand, P. (2011a). Psychological Distress, Depression, and Burnout: Similar Contribution of the Job Demand-Control and Job Demand-Control-Support Models? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(2).

- Marchand, A., & Durand, P. (2011b). Psychosocial and Biological Indicators in the Evaluation of and Intervention in Mental Health Problems at Work. *Healthcare Papers, 11*, 6-19.
- Marchand, A., Durand, P., & Demers, A. (2006). Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'oeuvre. *Revue Canadienne de Santé mentale communautaire, 25*(2), 11-30.
- Marchand, A., Parent-Lamarche, A., & Blanc, M.-È. (2011). Work and High-Risk Alcohol Consumption in the Canadian Workforce. *International journal of environmental research and public health, 8*(7), 2692-2705.
- Martinussen, M., Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice, 35*(3), 239-249.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Consulting Psychologists, P. (1986). Maslach Burnout Inventory (2nd ed.)
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI Manual*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child and Youth Care Forum, 6*(2), 100-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. (2000). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health, 90*(11), 1765-1770.
- McCarty, W. P., Zhao, J. S., & Garland, B. E. (2007). Occupational stress and burnout between male and female police officers: Are there any gender differences? *Policing: An International Journal of Police Strategies and Management, 30*(4), 672-691.
- McCutcheon, A. L. (1987). *Latent class analysis* (Vol. 64). Newbury Park, USA: Sage Publications Inc.
- McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine, 52*(4), 547-559.
- McNeill, M. (1996). Alcohol and the police workplace: Factors associated with excessive intake (Vol. 119.1, pp. 1-67): National Police Research Unit.

- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In J. D. Pieter, H. T. Drenth & C. J. De Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational Psychology : Work psychology* (2nd ed., Vol. 2, pp. 5-33). Hove, England: Taylor & Francis, Psychology Press/Erlbaum.
- Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., et al. (2003). Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *American Journal of Industrial Medicine*, 43(6), 618-629.
- Mezuk, B., & Kendler, K. S. (2012). Examining variation in depressive symptoms over the life course: a latent class analysis. *Psychological Medicine*, 42(10), 2037-2046.
- Moisan, J., Bourbonnais, R., Brisson, C., Gaudet, M., Vezina, M., Vinet, A., et al. (1999). Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Work & Stress*, 13(4), 289-298.
- Moisan, J., Grégoire, J. P., & Chabot, I. (2000). L'usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences (pp. 1-52). Québec: Comité permanent de lutte contre la toxicomanie.
- Moore, J. C., Stinson, L. L., & Welniak, E. J. J. (1999). Income reporting in surveys : Cognitive issues and measurement error. In G. Monroe (Ed.), *Cognition and survey research* (pp. 155-174). New York: John Wiley & Sons.
- Morin, E. M., & Aubé, C. (2007). *Psychologie et Management*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Muthén, B., & Muthén, L. K. (2000). Integrating Person-Centered and Variable-Centered Analyses: Growth Mixture Modeling With Latent Trajectory Classes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 882-891.
- NgoundoMbongue, T. B., & Ngoundo, M. (2005). Psychoactive drug consumption: performance enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 14(2), 81.
- Niedhammer, I. (2002). Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75(3), 129-144.
- Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., & Philip, P. (2011). Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status. *Annals of Occupational Hygiene*, 55(2), 152-163.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugar, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24, 197-205.

- Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M. F., Goldberg, M., & Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 48, 419-437.
- Niedhammer, I., Tek, M.-L., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort, reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1531-1541.
- Nowack, K. M., & Pentkowski, A. M. (1994). Lifestyle habits, substance use and predictors of job burnout in professional working women. (0267-8373).
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535-569.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Genève: OMS.
- Pelfrene, E., Vlerick, P., Moreau, M., Mak, R. P., Kornitzer, M., & Backer, G. D. (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(2), 433-442.
- Peters, S., & Mesters, P. (2007). *Vaincre l'épuisement professionnel: toutes les clés pour comprendre le burn-out*. Paris: Robert Laffont.
- Rehm, J., Giesbrecht, N., Popova, S., Patra, J., Adlaf, E., & Mann, R. (2006). Survol des bienfaits et méfaits de la consommation d'alcool - incidence sur les politiques de prévention au Canada (pp. 2-97). Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Romelsjö, A., Hasin, D., Hilton, M., Boström, G., Diderichsen, F., Haglund, B. O., et al. (1992). The relationship between stressful working conditions and high alcohol consumption and severe alcohol problems in an urban general population. *British Journal of Addiction*, 87(8), 1173-1183.
- Roth, P. L., Switzer, F. S., & Switzer, D. M. (1999). Missing Data in Multiple Item Scales: A Monte Carlo Analysis of Missing Data Techniques. *Organizational Research Methods*, 2(3), 211-232.
- Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A., & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(3), 169-178.
- Rydstedt, L. W., Devereux, J., & Sverke, M. (2007). Comparing and combining the demand-control-support model and the effort reward imbalance model to predict long-term mental strain. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(3), 261-278.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health, 16*(5), 565-582.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009a). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior, 30*(7), 893-917.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health, 16*(5), 501-510.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009b). Burnout : 35 years of research and practice. *Career Development International, 14*(3), 204-220.
- Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. W. (2000). Job Stress and Burnout Among Correctional Officers: A Literature Review. *International Journal of Stress Management, 7*(1), 19-48.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology, 57*(2), 173-203.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review *Handbook of occupational health psychology*. (pp. 245-264). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout *Work & Stress, 19*(3), 263-270.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 27-41.
- Siegrist, J. (2000). Work Stress and beyond. *The European Journal of Public Health, 10*(3), 233-234.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine, 58*(8), 1483-1499.
- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Kivimaki, M., Honkonen, T., et al. (2009). 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, 115*(1-2), 36-45.
- Soler, J., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., & Asenova, R. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family practice, 25*(4), 245-265.

- Stansfeld, S., Candy, B., Härmä, M., Kompier, M. A. J., & Vahtera, J. (2006). Psychosocial work environment and mental health : a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-443.
- Stansfeld, S., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work Characteristics Predict Psychiatric Disorder: Prospective Results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 302-307.
- Stansfeld, S., Head, J., & Marmott, M. (2000). Work-related factors and ill health : The Whitehall II study. In C. r. report (Ed.), (Vol. 266). Sudbury: HSE Books.
- Statistics Netherlands. (2011). More employed develop burnout symptoms Retrieved 14 juin, 2012, from <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3493-wm.htm?Languageswitch=on>
- Statistiques Canada. (2011). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Retrieved 17 mai, 2012, from <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=1050501&paSer=&pattern=&stByVal=2&p1=-1&p2=37&tabMode=dataTable&csid=>
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- Sterud, T., 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(6), 896-904.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 173-189.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using Multivariate Statistics* (6th Edition ed.). Boston: Pearson Education.
- Taris, T. W., Schreurs, P. J. G., & Schaufeli, W. B. (1999). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work & Stress*, 13(3), 223-237.
- Tepper, B. J. (2007). Abusive supervision in work organizations: Review, synthesis, and research agenda. *Journal of Management*, 33(3), 261-289.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., & Van Merode, G. G. (2002). Work Organization, Work Characteristics, and Their Psychological Effects on Nurses in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 183-206.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.

- Van der Doef, M., Maes, S., & Diekstra, R. (2000). An examination of the job demand-control-support model with various occupational strain indicators. *Anxiety, Stress & Coping, 13*(2), 165-185.
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort, reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine, 60*(5), 1117-1131.
- Vermeulen, M., & Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(4), 428-440.
- Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail: nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique, 20*, 121-128.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., & Fortin, É. (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). *Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail-Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.*
- Vézina, M., & Comité de la santé mentale du Québec. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Vézina, M., & Institut de la statistique du Québec. (2008). Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2) *Santé et bien-être* (pp. 1-52). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Vinet, A. (2004). *Travail, organisation et santé: le défi de la productivité dans le respect des personnes*. Québec: Presses Université Laval.
- Virtanen, M., Honkonen, T., Kivimäki, M., Ahola, K., Vahtera, J., Aromaa, A., et al. (2007). Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders, 98*(3), 189-197.
- Walters, V., Lenton, R., French, S., Eyles, J., Mayr, J., & Newbold, B. (1996). Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Social Science & Medicine, 43*(11), 1627-1636.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272*(21), 1672-1677.
- Wege, N., Dragano, N., Erbel, R., Jockel, K. H., Moebus, S., Stang, A., et al. (2008). When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*(4), 338-341.

- Westman, M., & Etzion, D. (1995). Crossover of stress, strain and resources from one spouse to another. *Journal of Organizational Behavior, 16*(2), 169-181.
- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction, 95*(2), 251-265.
- World Health Organization, W. (1994). Anatomical Therapeutic Chemical classification index including defined daily doses (DDDs) for plain substances. Oslo: WHO Collaborating centre for Drugs Statistics methodology.
- World Health Organization, W. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision ed.). Oslo.
- Worley, J. A., Vassar, M., Wheeler, D. L., & Barnes, L. L. B. (2008). Factor Structure of Scores From the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement, 68*(5), 797-823.
- Zhao, J., He, N., Lovrich, N., & Cancino, J. (2003). Marital status and police occupational stress. *Journal of Crime and Justice, 26*(2), 23-46.

## **Annexes**

## ANNEXE 1 – TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉTUDES RECENSÉES

NOM DE L'ÉTUDE, TYPE ET PAYS	POPULATION / ÉCHANTILLON	SANTÉ MENTALE	FACTEURS DU TRAVAIL	FACTEURS HORS TRAVAIL	FACTEURS INDIVIDUELS	TYPE D'ANALYSES STATISTIQUES	LIMITES ET COMMENTAIRES
<b>Ahola, Honkonen, Prikola, Isometsä, Kalimo, Nykyri &amp; al.</b>  (2006)  Finlande  Transversale	3276 travailleurs, population générale  <i>Health 2000 study</i>  ♀ : 50% ♂ : 50%  Taux de réponse : 80%	<u>Comorbidité</u> Dépendance à l'alcool M-CIDI  Consommation abusive d'alcool > 280g pour ♂ et 190g pour ♀ d'éthanol/semaine  Épuisement professionnel MBI-GS (3 dimensions)	N/D	Statut matrimonial (NS)	Éducation (NS)  Âge (-)	Questionnaires et entretiens  Régressions logistiques et multiples  Stratification des genres	Consommation abusive et EP (NS)  Dépendance à l'alcool et EP (+)  Étude transversale  Se limite à la simple énonciation des prévalences  Aucun facteur du travail pris en considération
<b>Ahola, Pulkki-Roback, Kouvonon, Rossi, Aromaa &amp; Lonnqvist</b>  (2012)  Finlande  Transversale	3264 individus, population générale  <i>Health 2000 study</i>  ♀ : 47% ♂ : 53%  Taux de réponse : 84%	<u>Comorbidité</u> Épuisement professionnel MBI-GS Score total  Consommation abusive d'alcool > 40g pour ♂ et 20g pour ♀ d'éthanol/jour	N/D	N/D	N/D	Questionnaires, entretiens et examens médicaux  Régressions logistiques et multinomiales	<u>Consommation abusive et :</u> - EE (+) - C (NS) - EF (-) - EP (NS)  Simple énonciation des prévalences  Étude transversale  Relation de cause à effet entre l'EP et la consommation d'alcool imprécise
<b>Ames, Grube &amp; Moore</b>  (2000)  États-Unis  Transversale	1723 travailleurs issus du même secteur manufacturier et représentés par le même syndicat  ♀ : 20% ♂ : 80%  Taux de réponse : 76% pour le premier échantillon, 64% pour le second	Consommation d'alcool sur les lieux de travail Nombre de verres consommés/an	Politique p/r consommation d'alcool au travail (NS)  Attitude des superviseurs p/r à l'alcool (-)  Sanctions disciplinaires (- indirectement)  Norme sociale véhiculée par les collègues (+)  Disponibilité de l'alcool sur les lieux de travail (NS)	Revenu du ménage (NS)	Genre (NS)  Âge (NS)  Origine (Asiatiques -)  Éducation (+)	Questionnaires autoadministrés, entretiens (n=110) et observations directes  Régressions logistiques et analyse factorielle	Dédommagement de 10\$  Étude transversale  Se limite à l'étude de deux sites de travail

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<p><b>Bakker, Demerouti &amp; Euwema</b> (2005)</p> <p>Pays-Bas</p> <p>Transversale</p>	<p>1012 travailleurs d'une institution d'éducation supérieure</p> <p>♀ : 46% ♂ : 53% ? : 1%</p> <p>Taux de réponse : 56%</p>	<p>Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions</p>	<p>Surcharge de travail (Bakker &amp; Demerouti, 2003) (+ EE, C et EF)</p> <p>Demandes émotionnelles (Van Veldhoven &amp; Meijman, 1994) (+ EE et C, - EF)</p> <p>Demandes physiques (+ EE et C, - EF)</p> <p>Autonomie (Bakker &amp; al., 2004) (- EE et C, + EF)</p> <p>Soutien social (Bakker &amp; al., 2004) (- EE et C, + EF)</p> <p>Qualité de la relation avec le superviseur (- EE et C, + EF)</p>	<p>Conflit travail-famille (+ EE et C, - EF)</p>	<p>N/D</p>	<p>Questionnaires autoadministrés</p> <p>Régressions logistiques multiples</p>	<p>Étude transversale</p> <p>Individus provenant d'une seule organisation</p> <p>Seule une petite partie de la variance de l'épuisement émotionnel et du cynisme est expliquée</p>
<p><b>Bakker, Demerouti &amp; Schaufeli</b> (2003)</p> <p>Pays-Bas</p> <p>Transversale</p>	<p>490 employés d'une compagnie bancaire et d'assurances</p> <p>♀ : 38% ♂ : 62%</p> <p>Taux de réponse : 67%</p>	<p>Épuisement professionnel MBI-GS Individuel et d'équipe de travail 3 dimensions</p>	<p>Demandes psychologiques (JCQ) (individuel et d'équipe : +EE et C, NS EF)</p> <p>Latitude décisionnelle (JCQ) (individuel : -EE et C, + EF; d'équipe : NS EE et C, + EF)</p> <p>Soutien social (Van Veldhoven &amp; Meijman, 1994) (individuel : -EE et C, + EF ; d'équipe : - EE et C, NS EF)</p> <p>Épuisement émotionnel d'équipe (+ EE et C, NS EF)</p> <p>Cynisme d'équipe (+ EE et C, NS EF)</p> <p>Efficacité profession (NS EE et C, + EF)</p>	<p>N/D</p>	<p>N/D</p>	<p>Questionnaires autoadministrés et données documentaires (taux d'absentéisme)</p> <p>Analyse factorielle et modélisation par équations structurelles (SEM)</p>	<p>Mesures autorapportées</p> <p>Étude transversale</p> <p>Liens de causalité non confirmés</p> <p>Aucune variable contrôlée</p> <p>N'explore pas les causes de l'épuisement professionnel d'équipe</p>
<p><b>Bakker, Demerouti &amp; Verbeke</b> (2004)</p> <p>Pays-Bas</p> <p>Transversale</p>	<p>146 travailleurs provenant de 11 entreprises</p> <p>♀ : 55% ♂ : 45%</p> <p>Taux de réponse : 53%</p>	<p>Épuisement professionnel OLBI (épuisement et désengagement)</p>	<p>Demandes psychologiques (Job Content Questionnaire) (+ épuisement, NS désengagement)</p> <p>Demandes émotionnelles (Van Veldhoven &amp; Meijman, 1994) (+ épuisement, NS désengagement)</p> <p>Autorité décisionnelle (JCQ) (NS épuisement, -</p>	<p>Conflit travail-famille (Geurts, 2000) (+ épuisement, NS désengagement)</p>	<p>N/D</p>	<p>Questionnaires autorapportés et une partie remplie par un collègue</p> <p>Modélisation par équations structurelles (SEM)</p>	<p>Évidence de deux processus distincts : motivation et stress</p> <p>Étude transversale</p> <p>Taux de réponse faible</p> <p>Limite quant au nombre de demandes et de ressources considérées</p> <p>Aucune variable contrôlée</p>

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Bakker, Demerouti &amp; Verbeke</b> (2004) Pays-Bas Transversale	146 travailleurs provenant de 11 entreprises ♀ : 55% ♂ : 45% Taux de réponse : 53%	Épuisement professionnel OLBI (épuisement et désengagement)	Demandes psychologiques (Job Content Questionnaire) (+ épuisement, NS désengagement) Demandes émotionnelles (Van Veldhoven & Meijman, 1994) (+ épuisement, NS désengagement) Autorité décisionnelle (JCQ) (NS épuisement, - désengagement) Possibilités d'avancement (NS épuisement, - désengagement) Soutien social (Van Veldhoven & Meijman, 1994) (- épuisement, - désengagement)	Conflit travail-famille (Geurts, 2000) (+ épuisement, NS désengagement)	N/D	Questionnaires autorapportés et une partie remplie par un collègue Modélisation par équations structurelles (SEM)	Évidence de deux processus distincts : motivation et stress Étude transversale Taux de réponse faible Limite quant au nombre de demandes et de ressources considérées Aucune variable contrôlée
<b>Bakker &amp; Schaufeli</b> (2000) Pays-Bas Transversale	154 enseignants au secondaire ♀ : 44% ♂ : 56% Taux de réponse : 83%	Épuisement professionnel MBI-teachers	Prévalence de l'épuisement professionnel chez les collègues (+ EE et C, - EF) Fréquence d'interactions avec les collègues (-EE et C, + EF) Susceptibilité à la contagion émotionnelle (+ EE et C, - EF)	N/D	N/D	Questionnaires autoadministrés, par la poste Analyse multifactorielle (ANOVA)	Sélection des répondants via une publicité publiée dans un magazine et sur un site internet de pédagogie Se limite à l'étude d'une seule profession Lien de causalité non confirmé Étude transversale
<b>Bakker, Van Der Zee, Lewig &amp; Dollard</b> (2006) Pays-Bas Transversale	80 bénévoles s'occupant de patients en phase terminale ♀ : 94% ♂ : 6% Taux de réponse : 39%	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions	N/D	N/D	Extraversion (NS pour EE, - C, + EF) Sympathie (NS) Stabilité émotionnelle ( <i>neuroticism</i> ) (+ EE et C, - EF) Conscientieux (NS) Autonomie (trait de personnalité) (NS pour EE, - C)	Questionnaires autoadministrés et entrevues à questions ouvertes Régressions logistiques	Aucun tableau pour détailler les résultats Uniquement les résultats significatifs sont présentés Petit échantillon, composé de bénévoles Faible taux de réponse Mesures basées sur la perception des individus
<b>Ballenger, Best, Metsler, Wasserman &amp; al.</b> (2011)	747 policiers ♀ : 22% ♂ : 78%	Consommation abusive d'alcool <i>Substance use inventory</i> > 7 verres pour ♀ et 14	Stress professionnel (Work Environment Inventory) (+)	N/D	Genre (+ ♂) Niveau d'éducation (-)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques et	Aucun facteur significatif pour la consommation épisodique excessive d'alcool

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Beauregard</b> (2010) Canada Transversale	1555 cadres supérieurs de la fonction publique du Canada Enquête APEX 2002  Taux de réponse : 35%	Détresse psychologique GHQ-12	Autorité décisionnelle (NS) Utilisation des compétences (-) Demandes psychologiques (+) Soutien social (-) Récompenses (-) Apprentissage organisationnel (-)	Statut matrimonial (c) Présence d'enfants à la maison (c)	Âge (c) Genre (c) Niveau hiérarchique (c)	Questionnaires autoadministrés et entrevues semi structurées  Analyses linéaires multiniveaux	Étude transversale  Tableaux incomplets/absents
<b>Blanc &amp; Marchand</b> (2010) Canada Longitudinale	7020 travailleurs, population générale ENSP 1994-1995, 2002-2003 ♀ : 44% ♂ : 56%  Taux de réponse : entre 81% et 94%	Incidence de la consommation de médicaments psychotropes au cours du dernier mois/ 2 derniers jours  Tranquillisants, antidépresseurs et somnifères	Utilisation des compétences (JCQ) (NS) Autonomie décisionnelle (JCQ) (NS) Demandes psychologiques (NS) Demandes physiques (NS) Soutien social au travail (NS) Insécurité du travail (NS) Nombre d'heures travaillées (+) Horaires irréguliers (NS)	Statut matrimonial (NS) Statut parental (NS) Revenu du ménage (NS) Tensions avec le conjoint (NS) Tensions avec les enfants (NS) Soutien social hors travail (NS)	Profession (NS) Genre (♀ +) Âge (+) État de santé physique (+) Estime de soi (NS) Centre de contrôle (+) Sentiment de cohésion (+) Évènements stressants vécus durant l'enfance (+) Usage du tabac (+) Activité physique (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiniveaux	Très faible consistance interne des échelles provenant du JCQ  Ne tient pas compte des facteurs liés à l'environnement physique du travailleur et du style de supervision  Analyse un seul épisode de consommation de psychotropes (au temps T1, la personne ne consommait pas)
<b>Bourbonnais, Brisson, Moisan &amp; Vézina</b> (1996) Canada Transversale	2889 cols blancs ♀ : 43% ♂ : 57%  Taux de réponse : 65%	Détresse psychologique	Latitude décisionnelle (JCQ) (-) Demandes psychologiques (JCQ) (+) Emplois à forte tension (+) Soutien social au travail (JCQ) (-) Effet modérateur du soutien social (NS)	Support social hors travail (-) Charge domestique (NS) Revenu du ménage (-)	Âge (NS) Genre (+ ♀) Éducation (-) Statut d'emploi (-) Événement stressant au cours des 12 derniers mois (+) Cynisme (trait de personnalité) (+) Hostilité (+)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques Stratification	Biais de sélection car les répondants avaient un problème cardio-vasculaire  Perception des individus quant aux facteurs du travail  Étude transversale

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Bourbonnais, Comeau &amp; Vézina</b> (1999) Canada Longitudinale (intervalle 1 an)	1741 infirmières provenant de 6 centres hospitaliers du Québec  Taux de réponse : 62% T1 et 79% T2	Épuisement professionnel MBI-GS Épuisement émotionnel uniquement	Demandes psychologiques (JCQ) (+) Latitude décisionnelle (JCQ) (-) Emplois à forte tension (+) Soutien social (JCQ) (-) Nombre d'heures travaillées (+) Quart de travail (NS)	Asymétrie dans la charge domestique (+) Soutien social hors travail (-)	Âge (NS) Éducation (NS) Ancienneté (NS) Titre d'emploi (NS) Type A (+) Événement stressant au cours des 12 derniers mois (+)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques Stratification	Mesures pour le temps T2 relatés uniquement  Biais de sélection : groupe homogène  Pas de mesure objective du stress professionnel  Basé sur la perception des travailleurs et questionnaires autoadministrés
<b>Bourbonnais, Comeau, Vézina &amp; Dion</b> (1998) Canada Transversale (temps T1 de l'étude de 1999)	1891 infirmières provenant de 6 centres hospitaliers du Québec  Taux de réponse : 62%	Épuisement professionnel MBI-GS Épuisement émotionnel uniquement	Demandes psychologiques (JCQ) (+) Latitude décisionnelle (JCQ) (-) Emplois à forte tension (+) Soutien social (JCQ) (-) Nombre d'heures travaillées (+) Quart de travail (travail de nuit ou de soir -)	Asymétrie dans la charge domestique (NS) Soutien social hors travail (-)	Âge (NS) Éducation (+) Ancienneté (-) Titre d'emploi (NS) Type A (+) Événement stressant au cours des 12 derniers mois (+)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques Stratification	Biais de sélection : groupe homogène  Pas de mesure objective du stress professionnel  Basé sur la perception des travailleurs et questionnaires autoadministrés
<b>Brenninkmeijer &amp; Shapard</b> (2004) Pays-Bas Transversale	73 individus : 29 issus d'un groupe clinique souffrant d'EP et 44 individus au travail (groupe contrôle)  Taux de réponse : 95% pour les individus du groupe contrôle	Épuisement professionnel via le diagnostic de neurasthénie ICD-10 classification  Épuisement professionnel Utrecht Burnout Scale (épuisement, distance, compétence)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Observations cliniques et questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques	Le critère « exhaustion + 1 » semble le plus approprié pour distinguer les individus atteints par l'EP des individus en bonne santé mentale  Petit échantillon  Utilisation de la première version du UBOS
<b>Burke</b> (1994) Canada Transversale	828 policiers  ♀ : 11% ♂ : 89%  Taux de réponse : 90%	Bien-être psychologique et physique	Événements stressants vécus au travail au cours de la dernière année (+)  Épuisement professionnel (Épuisement émotionnel +)	Statut matrimonial (NS)  Conflit travail-famille (+)	Âge (NS) Genre (NS) Niveau hiérarchique (NS) Ancienneté (NS) Éducation (+) Expérience (+) Exercice physique	Questionnaires autoadministrés  Régressions linéaires multiples	L'EP est utilisé à titre de variable indépendante  Échantillon homogène  La mesure du conflit travail-famille examinait l'effet des demandes du travail sur la famille et non le contraire  Perception des individus quant aux stratégies d'adaptation employées

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

					Consommation d'alcool ou de drogues comme stratégie d'adaptation (+)		
<b>Burke, Richardsen &amp; Matinussen</b> (2006) Norvège Transversale	221 policiers ♀ : 21% ♂ : 79%  Taux de réponse : 44%	Différence hommes/femmes	Nombre d'heures travaillées/semaine (♂ +)  Latitude décisionnelle (♂ +)  Conflits de travail (NS)  Soutien social des superviseurs (Himle & al., 1991) (NS)  Soutien social des collègues (♀+)  Épuisement professionnel MBI-GS (NS)	Statut matrimonial (c)  Nombre d'enfants (c)  Conflit travail-famille (NS)	Âge (c)  Éducation (c)  Statut hiérarchique (♂ +)  Statut d'emploi (♀-)	Questionnaires autoadministrés  Stratification Analyse multifactorielle (ANOVA)	Différence non significative entre les hommes et les femmes pour l'EP  Étude sur les différences entre les genre, mais faible taux de participation des femmes  Échantillon homogène  Faible taux de réponse  Questionnaires autoadministrés  Certaines mesures sous le seuil de fiabilité  Non généralisable aux autres pays car politiques particulières pour les policiers
<b>Burns &amp; Teesson</b> (2002) Australie Transversale	10 641 Australiens, population générale  National Survey on Mental Health & Well-Being (1997)  Taux de réponse : 78%	<u>Comorbidité (12 mois)</u> Abus et dépendance à l'alcool DSM-IV  Troubles anxieux et de l'humeur DSM	N/D	Statut matrimonial (NS)	Utilisation des services de santé (+ comorbidité)  Âge (-)  Genre (♀ +)  Éducation (-)  En emploi (+)	Entrevue clinique (Composite International Diagnostic Interview) et questionnaires  Régressions linéaires multiples	Sous-estimation de la prévalence de la comorbidité par le NSMH&WB  Exclusion des individus sans domicile fixe  Refus de répondre de 21% de la population qui était plus susceptible de souffrir d'un désordre psychologique  Étude transversale
<b>Chartrand</b> (2003) Canada Transversale	5757 cols blancs  ♀ : 48% ♂ : 52%  Taux de réponse : 83%	Consommation de médicaments psychotropes au cours des 2 derniers jours Tranquillisants, antidépresseurs, stimulants et somnifères	Demandes psychologiques (JCQ) (?)  Latitude décisionnelle (JCQ) (?)  Emplois à forte tension (NS)  Soutien social (JCQ) (NS)  Efforts intrinsèques (NS)  Déséquilibre efforts	Soutien social hors travail (NS)  Revenu du ménage (c)	Genre (NS)  Âge (+)  Éducation (c)  Statut d'emploi (c)  Santé physique (c)  Consommation de tabac (c)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples	Effet du survivant  Devis transversal  Biais de sélection : cohorte provenant d'une étude sur les maladies cardio-vasculaires  Validité externe limitée

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Chartrand</b> (2003) Canada Transversale	5757 cols blancs ♀ : 48% ♂ : 52% Taux de réponse : 83%	Consommation de médicaments psychotropes au cours des 2 derniers jours Tranquillisants, antidépresseurs, stimulants et somnifères	Demandes psychologiques (JCQ) (?) Latitude décisionnelle (JCQ) (?) Emplois à forte tension (NS) Soutien social (JCQ) (NS) Efforts intrinsèques (NS) Déséquilibre efforts extrinsèques/récompenses (+)	Soutien social hors travail (NS) Revenu du ménage (c)	Genre (NS) Âge (+) Éducation (c) Statut d'emploi (c) Santé physique (c) Consommation de tabac (c) Activités physiques (c) Consommation d'alcool (c) Évènements stressants 12 derniers mois (c)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multiples	Effet du survivant Devis transversal Biais de sélection : cohorte provenant d'une étude sur les maladies cardio-vasculaires Validité externe limitée
<b>Chen &amp; Cunradi</b> (2008) États-Unis Transversale	1533 employés du San Francisco Municipal Railway MUNI Health & Safety study ♀ : 17% ♂ : 83% Taux de réponse : 78%	<u>Comorbidité</u> Épuisement professionnel MBI-GS (épuisement émotionnel uniquement) Consommation d'alcool Quantité consommée normalement lors d'une même occasion	Incidents vécus au travail (EE +, NS A)	Statut matrimonial (NS)	Stratégie d'adaptation employée (NS) Âge (EE -, A NS, comorbidité -) Genre (♂ EE -, A +) Origine (EE NS, A race noire +) Ancienneté (EE -, A +, comorbidité +) Statut d'emploi (temps plein EE +, A NS) Temps pour relaxer (EE -, A -, comorbidité -) Consommation de tabac (EE +, A +) Consommation d'alcool (+EE)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux Modélisation par équations structurelles (SEM)	Prévalence de la comorbidité uniquement Mesures autorapportées rétrospectives (12 derniers mois) Ne prend pas compte du contexte de consommation Étude transversale Effet du survivant Sous-estimation de la consommation de tabac et d'alcool
<b>Crum, Muntaner, Eaton &amp; Anthony</b> (1995) États-Unis	507 résidents âgés entre 18 et 65 ans et ayant occupé un emploi à temps plein ♀ : 55% ♂ : 45%	Consommation d'alcool Abus ou dépendance selon le DSM-III	Emplois à forte tension (JCQ) (+, très faible relation pour la dépendance et la consommation) Emplois à faible tension (dépendance et consommation)	Statut matrimonial (NS)	Âge (-) Genre (♂ +) Origine (NS) Statut d'emploi (NS)	Entrevues et examens diagnostiques Régressions logistiques multiples Stratification	Plusieurs déterminants de la consommation d'alcool n'ont pas été pris en compte Il n'était pas possible d'évaluer le développement des symptômes : certains

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Cunradi, Chen &amp; Lipton</b> (2009) États-Unis Transversale	1231 opérateurs de transport en commun MUNI Health & Safety study ♀ : 17% ♂ : 83% Taux de réponse : 78%	<u>comorbidité</u> Épuisement professionnel MBI-GS (épuisement émotionnel uniquement) Consommation d'alcool Nombre de grammes consommés en moyenne/jour	Incidents vécus au travail (+ EE) Problèmes ergonomiques (+EE) Statut d'emploi (temps plein + EE)	Statut matrimonial (NS) Revenu du ménage (- EE)	Genre (NS) Âge (- EE) Origine (NS) Années d'expérience en tant que conducteur (NS) Consommation de tabac (NS) Consommation d'alcool (+ EE)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux Régressions linéaires multiples	Effet du survivant Étude transversale Données collectées entre 1993 et 1995, donc les conditions de travail peuvent avoir changées entre-temps Échantillon homogène
<b>Cunradi, Greiner, Ragland &amp; Fisher</b> (2003) États-Unis Transversale	993 consommateurs d'alcool sélectionnés parmi les répondants du MUNI Health & Safety study ♀ : 17% ♂ : 83% Taux de réponse : 78%	<u>comorbidité</u> Épuisement professionnel MBI-GS (épuisement émotionnel uniquement) Consommation d'alcool Nombre de grammes consommés en moyenne/jour CAGE	N/D	Statut matrimonial (NS EE, veuf + alcool) Revenu du ménage (- EE, NS alcool)	Dépendance à l'alcool (+ EE) Troubles associés à une consommation d'alcool à risque (+ EE mais faible relation) Ancienneté (NS) Genre (♀ +EE, - alcool) Âge (- EE, + alcool) Origine (+ blancs caucasiens EE, NS alcool) Éducation (NS)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux Régressions linéaires multiples	Effet du survivant Étude transversale Données collectées entre 1993 et 1995, donc les conditions de travail peuvent avoir changées entre-temps Échantillon homogène Facteurs du travail non pris en compte
<b>Davey, Obst &amp; Sheehan</b> (2000) Australie Transversale	4 193 policiers ♀ : 12% ♂ : 88% Taux de réponse : 67%	Consommation d'alcool à risque AUDIT Consommation épisodique excessive d'alcool (plus de 8 verres pour les ♀ et 12 pour les ♂)	N/D	Statut matrimonial (- en couple)	Genre (♂ + alcool à risque et CEEA) Âge (- alcool à risque et CEEA) Ancienneté (relation curvilinéaire +) Niveau hiérarchique (-) Emploi de policier (NS alcool à risque, + CEEA)	Questionnaires autoadministrés Régressions linéaires multiples Stratification	Étude transversale Groupe homogène Faible représentation des femmes
<b>De Jonge, Bosma, Peter &amp; Siegrist</b> (2000a) Pays-Bas	11 636 travailleurs, population générale ♀ : 29% ♂ : 70% ? : 1%	Épuisement professionnel MBI-NL (Uniquement épuisement émotionnel)	Demandes psychologiques (Mulder & al., 1997) (+) Demandes physiques (+) Emplois à forte tension (+)	N/D	Implication au travail (semblable au <i>overcommitment</i> ) (+ mais effet modérateur)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multivariées	Échelles de mesures modifiées : ne proviennent pas du JCQ Mesures autorapportées

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

Transversale	Taux de réponse : inconnu		Déséquilibre efforts/récompenses (+)  Contrôle (-)  Récompenses (-)				Devis transversal  Choix arbitraire des points milieu (cutt-off point) des indicateurs
<b>De Jonge, Janseen &amp; Van Breukelen</b>  (1996)  Pays-Bas  Transversale	249 travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux  ♀ : 82% ♂ : 18%  Taux de réponse : 70%	Épuisement professionnel MBI-NL (Uniquement épuisement émotionnel)	Autonomie (NS)  Demandes psychologiques (De Jonge & al., 1993)  Soutien social (-)  Demandes élevées/autonomie élevée (-)  Tâches motivantes (-)  Effet modérateur du soutien social (NS)	N/D	Santé physique (troubles +)	Questionnaires autoadministrés  Modélisation par équations structurelles (SEM)	Devis transversal  Mesures autorapportées  Mesure d'autonomie divergente de celle normalement utilisée, c.-à-d. la latitude décisionnelle de Karasek
<b>De Jonge, Mulder &amp; Nijhuis</b>  (1999)  Pays-Bas  Transversale	212 travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux  ♀ : 72% ♂ : 28%  Taux de réponse : ?	Épuisement professionnel MBI-NL (Uniquement épuisement émotionnel)	Demandes psychologiques (+)  Demandes physiques (NS)  Demandes émotionnelles (+)  Autonomie (MAQ) (-)	N/D	Genre (NS)  Âge (-)	Questionnaires autoadministrés  Modélisation des structures de covariances (covariance structure modelling) et régressions linéaires	Réfute les principales hypothèses d'interaction du modèle JD-C  Devis transversal  Mesures autorapportées  Mesure d'autonomie divergente de celle normalement utilisée, c.-à-d. la latitude décisionnelle de Karasek  Taille de l'échantillon limitée
<b>De Jonge, Reuvers, Houtman, Bongers &amp; Kompier</b>  (2000b)  Pays-Bas  Transversale	1739 employés issus de 34 entreprises de divers secteurs  cohorte SMASH  ♀ : 30% ♂ : 70%  Taux de réponse : 87%	Épuisement professionnel MBI-NL (Uniquement épuisement émotionnel)	Demandes psychologiques (JCQ) (+)  Autorité décisionnelle (JCQ) (-)  Utilisation des compétences (JCQ) (-)  Soutien social (JCQ) (-)	N/D	Âge (NS)  Éducation (NS)  Genre (NS)	Questionnaires autoadministrés et données documentaires (taux d'absentéisme)  Régressions multiples	Relation curvilinéaire (U) pour l'EE et les différentes hypothèses du JD-C  Réfute l'hypothèse de l'effet modérateur du soutien social  Devis transversal  Mesures autorapportées
<b>De Lange, Taris, Kompier, Houtman &amp; Bongers</b>	668 employés issus de 34 entreprises de divers secteurs	Épuisement professionnel MBI-NL	Demandes psychologiques (JCQ) (+ pour T1, T2, T3 et T4)	N/D	Âge (NS)  Genre (NS)	Questionnaires autoadministrés	Relation causale entre le JD- C et la santé mentale confirmée

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

(2004) Pays-Bas Longitudinale (écart d'un an)	Cohorte SMASH ♀ : 31% ♂ : 69% Taux de réponse : entre 84 et 85%	(Uniquement épuisement émotionnel)	Latitude décisionnelle (JCQ) (- pour T1, T2, T3 et T4) Soutien social (JCQ) (- pour T1, T2, T3 et T4)			Modélisation par équations structurelles (SEM)	Coefficients de régression faibles : peu de variance dans les résultats Seulement 20% de la tension psychologique peut être expliquée par les facteurs du travail
<b>Demerouti, Bakker, Nachreiner &amp; Schaufeli</b> (2001) Allemagne Transversale	374 travailleurs de trois secteurs : industrie, transport et services ♀ : 49% ♂ : 51% Taux de réponse : 56%	Épuisement professionnel OLBI 2 dimensions : Épuisement (E) et désengagement (D)	Demandes physiques (+ E et D) Demandes psychologiques / pression du temps (JCQ) (+ E, NS D) Quart de travail (+ E et D) Environnement physique (+ E et D) Soutien social des superviseurs (- E et D) Reconnaissances (- E et D) Latitude décisionnelle (JCQ) (- E et D)	N/D	N/D	Analyse factorielle confirmatoire (CFA) Questionnaires autoadministrés et observations des conditions de travail	Étude transversale Échantillonnage non aléatoire Les instruments de mesures se limitaient à l'inclusion de quelques facteurs du travail uniquement
<b>Dragano, Moebus, Jockel, Erbel, Siegrist &amp; al.</b> (2008) Allemagne Transversale	1811 travailleurs, population générale Heinz Nixdorf Recall study ♀ : 59% ♂ : 41% Taux de réponse : 56%	Symptômes dépressifs (CES-D)	Ratio efforts/récompenses (+) Surinvestissement (+) Emplois à forte tension (JCQ) (+) Demandes (+) Latitude décisionnelle (+)	N/D	Genre (c) Âge (c) Éducation (c) Statut d'emploi (c)	Questionnaires autoadministrés et entretiens assistés par ordinateurs Régressions logistiques bivariées et multivariées	Biais de sélection des employés éligibles Devis transversal Ne tient pas compte des facteurs hors travail et de leurs interactions avec l'environnement de l'individu Ne tient pas compte de l'effet d'interaction entre un emploi à forte tension et un déséquilibre efforts/récompenses
<b>Estyn-Behar, Kaminski, Peigne, Bonnet, Vaichere, Gozlan et al.</b> (1990) France	1505 femmes du secteur de la santé et des services sociaux Taux de réponse : 90%	Fatigue Consommation de médicaments psychotropes	Quart de travail (nuit + fatigue, NS psychotropes) Stress au travail (GHQ) (+ fatigue, + psychotropes) Charge psychologique (+fatigue, + psychotropes mais	Statut matrimonial (NS) Obligations parentales (nb d'enfants) (+fatigue, NS psychotropes)	Âge (NS fatigue et psychotropes)	Examens cliniques et questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multiples	Devis transversal Diagnostiques erronés pour quelques cas Perception de la fatigue Uniquement des femmes

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

Transversale			faible) Formation inadéquate (+ fatigue, NS psychotropes) Tensions dues au quart de travail (+ fatigue et psychotropes)				
<b>Frone</b> (2008) États-Unis Transversale	2 790 travailleurs, population générale  National Survey Workplace Health and Safety  ♀ : 47% ♂ : 53%  Taux de réponse : 57%	Consommation d'alcool à risque Nombre de verres normalement consommés/jour  Consommation de médicaments de façon illégale (sans prescription)	Surcharge de travail (QES) (NS pour la consommation globale d'alcool, pour cons. avant le travail et + pendant et après le travail) (NS médicaments global, + faible avant et pendant, + après)  Insécurité d'emploi (NS pour la consommation globale d'alcool, pour cons. avant le travail, après le travail et + pendant le travail) (+médicaments global, + faible avant et pendant, NS après)	Revenu du ménage (- quantité d'alcool, médicaments)	Genre (+♂ consommation globale alcool, NS médicaments)  Âge (- quantité d'alcool, médicaments)  Origine (- minorité pour consom. globale d'alcool, NS médicaments)  Éducation (- quantité d'alcool, médicaments)	Entrevues téléphoniques assistées par ordinateur  Régressions logistiques multiples	Participants payés 25\$/entrevue  Devis transversal  Sous-estimation de la consommation d'alcool et de drogues car mesures autorapportées et réticence des employés
<b>Gay, Houdoyer &amp; Rouzard</b> (2008) France Transversale	663 employés de divers secteurs consultant en médecine du travail et non dépendants à l'alcool et à la nicotine  ♀ : 47% ♂ : 53%  Taux de réponse :	Consommation de drogues et médicaments Utilisation au cours du dernier mois avec motivation professionnelle  Consommation d'alcool Utilisation au cours du dernier mois avec motivation professionnelle	Stress perçu au travail (+ médicaments et polyconsommation, NS alcool et tabac)  Quart de travail (NS)	N/D	Genre (♀ + médicaments, ♂+ tabac et alcool)  Âge (- conduites dopantes)  Catégorie socioprofessionnelle (- cadres pour conduites dopantes)	Questionnaires autoadministrés  Régressions linéaires bivariées et multivariées	Biais de sélection car employés consultant un médecin du travail  Mesures autorapportées  Échelle de mesure du stress perçu au travail contenant un seul item  Consommation dont la cause est une motivation professionnelle uniquement prise en considération
<b>Gershon, Lin &amp; Xi</b> (2002) États-Unis Transversale	105 policiers âgés de 50 ans et plus  ♀ : 2% ♂ : 98%  Taux de réponse : 70%	Stress perçu au travail	Incidents critiques (+)  Coopération entre collègues pauvre (+)  Soutien social des superviseurs (NS)  Iniquité perçue au travail (NS)  Épuisement professionnel (relation)	N/D	Âge (c)  Genre (c)  Origine (c)  Éducation (c)  Stratégie d'adaptation dont la consommation d'alcool (tabac +, alcool +)	Questionnaires autoadministrés  Analyses factorielles et régressions logistiques multiples	Peu de femmes  Taille et homogénéité de l'échantillon  Devis transversal  Biais de sélection et effet du survivant
<b>Gorter, Eijkman &amp; Hoogstraten</b> (2000)	709 dentistes  ♀ : 16% ♂ : 84%	Épuisement professionnel MBI-NL Scores médians pour	N/D	N/D	Activités physiques (-)  Consommation de tabac (NS)	Questionnaires autoadministrés  Analyses	Prévalences uniquement  Aucun facteur du travail pris en considération

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

Pays-Bas Transversale	Taux de réponse : 75%	chacune des dimensions de l'EP permettant de diviser en trois groupes : à risque nul (score faible pour les 3 échelles), à risque faible et à haut risque (ceux obtenant un score élevé pour les 3 échelles)			Consommation de médicaments (NS sauf pour les antidépresseurs)  Augmentation de la consommation d'alcool (+)  Santé générale (-)  Alimentation saine (-)  Genre (NS)  Âge (NS)	descriptives	Mesures autorapportées  Devis transversal  Homogénéité de l'échantillon ne permettant pas la généralisation
<b>Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour, Compton &amp; al.</b>  (2004) États-Unis Transversale	43 093 individus âgés de 18 ans et plus, population générale  NESARC du <i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>  ♀ : 52% ♂ : 48%  Taux de réponse : entre 81%	<u>Comorbidité</u> Troubles de consommation DSM-IV  Troubles d'anxiété et de l'humeur DSM-IV	N/D	N/D	N/D	Entrevues diagnostiques  Tableaux croisés des prévalences	Les troubles de consommation sont très fortement associés aux troubles d'anxiété et de l'humeur.  La dépendance aux substances est plus fortement reliée aux troubles de l'anxiété et de l'humeur que l'abus de substances.  Devis transversal
<b>Grunberg, Moore, Anderson &amp; Greenberg</b>  (1999) États-Unis Transversale	1 646 cols bleus et cols blancs  ♀ : 24% ♂ : 76%  Taux de réponse : 62%	Consommation d'alcool Nb de verres consommés/6 derniers mois  Troubles reliés à la consommation d'alcool (Cahalan, 1970)	Stress vécu au travail (SIG) (NS et même – mais relation très faible lorsque pris indépendamment)	Statut matrimonial (- consommation et troubles)	Motivations pour consommation d'alcool : pour s'échapper (+), raisons sociales (+) et événements heureux (+)  Âge (- consommation et troubles)  Genre (- ♀ consommation et troubles)  Origine (NS)  Éducation (NS)  Revenu (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions linéaires	Compensation financière  Ne prend pas en considération les traits de personnalité  Mesures autorapportées  Un seul facteur du travail  Lien de causalité non démontré car devis transversal
<b>Grunberg, Moore &amp; Greenberg</b>  (1988)	972 employés de production qui consomment de l'alcool	Consommation épisodique excessive d'alcool 5 verres ou plus	Demandes psychologiques (adaptées du JCQ) (-)  Critiques (NS)	Statut matrimonial (couple +)	Âge (NS)  Revenu (-)	Questionnaires autoadministrés et entrevues semi structurées	Compensation financière  Facteurs hors travail non pris en considération

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

États-Unis Transversale	♀ : 10% ♂ : 90%  Taux de réponse : 67 %	/même occasion lors des 6 derniers mois	Changement dans les compétences (-)  Changement dans la sécurité (NS)  Changement dans les récompenses (-)  Changement dans les conditions d'emploi (+)  Insécurité d'emploi (NS)  Soutien social (-)  Satisfaction au travail (variable modératrice)		Éducation (-)  Troubles de consommation des parents (NS)	Corrélations linéaires	Devis transversal
<b>Hakanen, Bakker &amp; Schaufeli</b> (2006) Finlande Transversale	2038 enseignants  ♀ : 79% ♂ : 21%  Taux de réponse : 52%	Épuisement professionnel MBI-GS Deux dimensions uniquement : épuisement émotionnel et cynisme	Surcharge de travail (HOQ) (+ EE et C)  Environnement physique (+ EE et C)  Comportements des élèves (+ EE et C)  Soutien social du superviseur (- EE et C)  Information (- EE et C)  Contrôle (- EE et C)  Climat social (- EE et C)  Climat novateur (- EE et C)	N/D	Engagement (- EE et C)  Santé physique (- EE et C)	Questionnaires autoadministrés  Modélisation par équations structurelles (SEM)	Faible taux de réponse  Mesures autorapportées  Devis transversal  Un seul item pour l'échelle de mesure de la santé physique  Facteurs individuels et récompenses intrinsèques ne sont pas pris en considération
<b>Harling, Strehmel, Schablon &amp; Nienhaus</b> (2009) Allemagne Transversale	1060 vétérinaires  ♀ : 53% ♂ : 47%  Taux de réponse : 53%	Consommation d'alcool à risque ♀ : + 10g éthanol/jour ♂ : + 20 g éthanol/jour  Consommation épisodique excessive d'alcool (+ 5verres/occasion)  Troubles reliés à la consommation d'alcool selon le CAGE	Nombre d'heures travaillées/semaine (NS)  Efforts (NS)  Récompenses (seul. certains éléments)  Stress perçu (+ CEEA et psychotropes)	N/D	Genre (♀ + consom. alcool à risque et psychotropes, ♂ + CEEA, NS pour le CAGE)  Emploi (travailleur autonome + CEEA et - psychotropes)  Âge (NS)  Ancienneté (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples	Devis transversal  Mesures des efforts et récompenses différant de celles établies par Siegrist  Ne tient pas compte des facteurs hors travail  Difficulté de généralisation car possibilité d'autoprescription pour les vétérinaires

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

		Consommation de médicaments/ semaine					
<b>Hawkins</b> (2001) États-Unis Transversale	442 policiers ♀ : 16% ♂ : 84% Taux de réponse : 54%	Épuisement professionnel MBI-HSS 3 dimensions mais NS pour l'inefficacité professionnelle	N/D	Statut matrimonial (en couple + EE, NS C)	Genre (NS EE, ♂ + C) Religion (NS EE, C) Éducation (NS EE, C) Âge (NS EE, - C) Origine (race noire – EE et C)	Questionnaires autoadministrés Régressions multiples et ANOVA	Aucun facteur du travail pris en considération Les associations entre le sentiment d'inefficacité professionnelle et les facteurs étaient non significatives Faible représentation des femmes
<b>Hemmingson &amp; Lundberg</b> (1998) Suède Longitudinale	42 001 jeunes hommes en emploi et ayant fait leur service militaire, population générale Taux de réponse : ?	Psychose due à l'alcool ICD-8 Alcoolisme Intoxication à l'alcool	Demandes psychologiques (JEM) (-) Latitude décisionnelle (JEM) (-, NS cols bleus) Soutien social (JEM) (-) Combinaison faibles demandes/ faible contrôle (+) Demandes élevées/faible contrôle (+ faiblement) Demandes élevées/contrôle élevé (-)	N/D	Statut d'emploi (cols bleus vs cols blancs) Divorce des parents (c) Consommation de cigarettes (c) Contact avec les autorités lors de l'enfance (c)	Questionnaires autoadministrés et données documentaires pour diagnostics Analyse stratifiée pour les cols bleus et les cols blancs, régressions logistiques multiples	Combinaison faibles demandes/ faible contrôle/ faible soutien social est la plus néfaste Facteurs individuels ne sont pas pris en considération Ne mesure pas la consommation d'alcool comme telle
<b>Houkes, Janssen, De Jonge &amp; Bakker</b> (2003) Pays-Bas Longitudinale (intervalle 1 an)	148 employés d'une banque ♀ : 40% ♂ : 60% Taux de réponse : 30% 190 enseignants ♀ : 30% ♂ : 70% Taux de réponse : 37%	Épuisement professionnel MBI-GS Épuisement émotionnel uniquement	Demandes (+) Soutien social (-) Aspirations de carrière non réalisées (NS)	N/D	Genre (NS) Âge (NS)	Questionnaires autoadministrés Analyses LISREL et modélisation par équations structurelles (SEM)	Les facteurs du travail au T1 étaient reliés à l'épuisement émotionnel vécu au T2 Grande part de l'échantillon des employés de la banque n'a pas répondu au temps 2 : biais pour la validité Intervalle entre les deux études Échantillon correspond à 30% de la population à l'étude
<b>Jamal</b> (2004) Canada Transversale	376 employés travaillant à temps plein ♀ : 25% ♂ : 75%	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions Stress professionnel perçu	Travail de fin de semaine (+EE, NS C et EF, + stress et problèmes de santé) Horaires irréguliers (+ EE, NS C et EF, + stress et problèmes de santé)	N/D	N/D	Questionnaires autoadministrés Analyse ANOVA	Ne prend pas en considération les facteurs hors travail et individuels. Devis transversal Faible taux de participation

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

	Taux de réponse : 44%	Problèmes de santé physique	Jour non fixe pour le quart de travail (NS, EE, C et EF, + stress et problèmes de santé)				
<b>Kessler, Crum, Warner, Nelson, Schulenberg &amp; Anthony</b> (1997) États-Unis Rétrospective	8098 répondants âgés entre 15 et 54 ans  National Comorbidity Survey  Taux de réponse : 82%	<u>Comorbidité</u> Selon DSM-III-R Dépendance à l'alcool  Abus d'alcool  Troubles anxieux  Troubles affectifs  Dépendances aux drogues  Abus de drogues	N/D	N/D	Troubles anxieux (♀ + ♂ NS abus d'alcool, ♀ et ♂ + dépendance alcool)  Troubles affectifs (♀ + ♂ - abus d'alcool, ♀ et ♂ + dépendance alcool)  Dépendances aux drogues (♀ + ♂ NS abus d'alcool, ♀ et ♂ + dépendance alcool)  Abus de drogues (♀ et ♂ + abus d'alcool, ♀ et ♂ + dépendance alcool)	Questionnaires autoadministrés et entretiens diagnostiques (CIDI)  Régressions logistiques Stratification	Mesures rétrospectives  Entrevues cliniques administrées par des chercheurs et non des professionnels de la santé
<b>Kivimaki, Honkonen, Wahlbeck, Elovainio, Pentti, Klaukka &amp; al.</b> (2007) Finlande Transversale	22 382 employés ayant vécu la période de <i>downsizing</i> de 1991, population générale  ♀ : 74% ♂ : 26%  Taux de réponse : ne s'applique pas	Prescription de médicaments psychotropes et autres médicaments	Réduction des effectifs dans l'entreprise (+ psychotropes, NS autres médicaments)  Perte d'emploi durant la période de <i>downsizing</i> (+ psychotropes et autres médicaments pour ♂, NS pour ♀)	N/D	Genre (c)  Âge (c)  Statut d'emploi (c)  Éducation (c)	Données documentaires  Analyse de la variance entre les groupes (celui ayant vécu le <i>downsizing</i> et celui ne l'ayant pas vécu) et régressions logistiques	Les variables choisies dépendaient des données documentaires disponibles  Pas de données sur le nombre de prescriptions avant la période de <i>downsizing</i>  Statut socioéconomique de l'individu non considéré  Échantillon homogène : femmes et individus de race blanche majoritairement
<b>Kop, Euwena &amp; Schaufeli</b> (1999) Pays-Bas Transversale	358 policiers  ♀ : 17% ♂ : 83%  Taux de réponse : 76%	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions	<u>Facteurs de stress et récompenses mentionnés par les policiers :</u> - Faible rétroaction - Mauvaise gestion - Soutien social des collègues - Mauvaise communication - Bureaucratie - Travail de nuit - Contact avec les citoyens - Tâches variées - Coopération avec les collègues - Liberté - Valorisation de la part des citoyens - Situations émotionnellement demandantes	N/D	Âge (c)  Genre (NS)  Expérience de travail (NS)  Niveau hiérarchique (c)  Comportements violents (NS EE, + C, NS EF)  Attitude face à l'utilisation de la violence (NS EE, + C, - EF)	Questionnaires autoadministrés  Régressions linéaires multiples	Échantillon homogène  Étude transversale  Mesures basées sur la perception des individus  Ne sont pas les facteurs du travail usuels

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

			Expérience de travail (+ EE, NS C et EF) Réciprocité avec les collègues (- EE et C, + EF) Réciprocité avec l'organisation (- EE et C, NS EF) Réciprocité avec les citoyens (- EE et C, + EF)				
<b>Kouvonen, Kivimaki, Coz, Poikolainen, Cox &amp; Vahtera</b> (2005) Finlande Transversale	40 851 employés du secteur public Cohorte 10-town study et Hospital Personnel Study ♀ : 79% ♂ : 21% Taux de réponse : 67%	Consommation d'alcool abusive Nombre de grammes d'éthanol/semaine 190g pour ♀ 275g pour ♂	Demandes psychologiques (JCQ) (NS pour ♂, - pour ♀) Latitude décisionnelle (JCQ) (NS) Emplois à forte tension (NS) Faible demandes/faible contrôle (NS pour ♂, + pour ♀) Efforts (- pour ♂ et ♀) Récompenses (- pour ♂, NS pour ♀) Déséquilibre efforts/récompenses intermédiaire (- pour ♂ et ♀)	Statut matrimonial (NS)	Genre (stratification) Âge (stratification) Éducation (NS pour ♂, ♀ +) Niveau hiérarchique (-) Statut d'emploi (NS pour ♀, temporaire pour ♂ +) Consommation de tabac (+) Affectivité négative (NS)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multiples Stratification	Mesures autorapportées pour l'alcool : sous-estimation Ne fait pas la distinction entre la consommation d'alcool comme stratégie d'adaptation et la consommation sociale Devis transversal Plusieurs facteurs hors travail et caractéristiques individuelles ne sont pas considérés
<b>Kouvonen, Kivimaki, Virtanen, Heponiemi, Elovainio, Pentti &amp; al.</b> (2006) Finlande Transversale	36 127 employés du secteur public Cohorte 10-town study et Hospital Personnel Study ♀ : 80% ♂ : 20% Taux de réponse : 68%	<u>Comorbidité de certains facteurs de risque:</u> Consommation de tabac Sédentarité Consommation abusive d'alcool Indice de masse corporel >25kg/m <sup>2</sup>	Efforts (- pour ♂ et ♀) Récompenses (- pour ♂ et ♀) Déséquilibre efforts/récompenses (+ pour ♂ et ♀)	Statut matrimonial (vivant seul + pour ♂ et ♀)	Genre (stratification) Âge (+ pour ♂ et ♀) Statut socioéconomique (travailleurs manuels + pour ♂ et ♀)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques Stratification	Mesures d'origine du déséquilibre efforts-récompenses n'étaient pas disponibles Devis transversal La force des relations était relativement faible Transformation des facteurs de risque en variable dichotomique : sous-estimation de la force des relations
<b>Landsbergis</b> (1988) États-Unis	289 infirmiers et infirmières ♀ : 96% ♂ : 4%	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions	Demandes psychologiques (JCQ) (+ EE et C, NS EF) Latitude décisionnelle (- EE et C, + EF)	Statut matrimonial (NS) Nombre d'enfants (- EE, NS C et EF)	Âge (NS EE et EF, - C) Genre (NS EE et C, + EF pour ♀)	Questionnaires autoadministrés Analyse de la variance	Ne tient pas compte de plusieurs facteurs hors travail Devis transversal

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Landsbergis</b> (1988) États-Unis Transversale	289 infirmiers et infirmières ♀ : 96% ♂ : 4%  Taux de réponse : 38%	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions	Demandes psychologiques (JCQ) (+ EE et C, NS EF)  Latitude décisionnelle (- EE et C, + EF)  Soutien social (- EE et C, + EF mais faible)  Insécurité d'emploi (+ EE, NS C, - EF)  Demandes physiques (+ EE, NS C et EF)  Exposition aux dangers (+ EE et C, NS EF)  Nombre d'heures travaillées (+EE, NS C et EF)  Quart de travail (NS)  Emplois à forte tension (+EP)	Statut matrimonial (NS)  Nombre d'enfants (- EE, NS C et EF)	Âge (NS EE et EF, - C)  Genre (NS EE et C, + EF pour ♀)  Éducation (NS EE et C, + EF)	Questionnaires autoadministrés  Analyse de la variance (MANOVA) et régressions linéaires	Ne tient pas compte de plusieurs facteurs hors travail  Devis transversal  Mesures autorapportées  Latitude décisionnelle comme unidimensionnelle
<b>Lavigne &amp; Bourbonnais</b> (2010) Canada Transversal	1288 agents de services correctionnels ♀ : 45% ♂ : 55%  Taux de réponse : 73%	Consommation de médicaments psychotropes au cours du dernier mois	Demandes psychologiques (JCQ) (+ faible)  Latitude décisionnelle (- faible)  Emploi forte tension (+)  Soutien social (-)  Efforts (NS)  Récompenses (-)  Déséquilibre efforts/récompenses (+)  Intimidation (+)  Harcèlement psychologique (+)	Soutien social hors travail (-)	Âge (+)  Genre (+ ♀)  Éducation (+)  Consommation de tabac (+)  Activités physiques (-)  Consommation d'alcool (NS)  Événement stressant vécu au cours des 12 derniers mois (+)  Temps partiel (-)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques	Devis transversal  Mesures autorapportées  Biais de sélection : participation volontaire  Aucun contrôle de certains facteurs qui ont été associés par le passé à la consommation de psychotropes tels que le fait de souffrir d'anxiété ou de dépression
<b>Leiter</b> (1991) Canada Transversal	177 membres du personnel d'un hôpital psychiatrique ♀ : 72% ♂ : 28%  Taux de réponse : ?	Épuisement professionnel MBI 3 dimensions	Conflits interpersonnels (+EE, C et - EF)  Surcharge de travail (Leiter, 1988) (+EE, C et NS EF)  Utilisation des compétences (- EE, C et + EF)	N/D	Stratégie d'adaptation utilisée : fuite (+EE et C, NS EF)  Âge (NS)  Éducation (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions et analyses LISREL	Petit échantillon  Biais : mesures autorapportées  Aucun facteur hors travail pris en considération  Variables de contrôle non

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Loo</b> 1994 Canada Transversale	135 policiers gestionnaires ♂ : 100% Taux de réponse : ?	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions	Expérience de travail (+ EE et C)	N/D	N/D	Questionnaires autoadministrés  Analyses en composantes principales	Devis transversal  N'examine pas l'effet des interventions sur les réactions au stress  Échantillon composé uniquement d'hommes
<b>Maranda</b> (2002) Canada Transversale	21 répondants  5 membres par région administrative ayant cumulé plus de 5 ans d'expérience dans le réseau de la santé	Surconsommation de substances psychoactives	Ambiguïté et conflits de rôles (+)  Latitude décisionnelle (-)  Autonomie (-)  Travail répétitif (+)  Horaires irréguliers (+)  Quart de travail (de nuit +)  Organisation axée sur la performance (+)  Culture organisationnelle (+)	Statut matrimonial (en couple -)	Impulsivité (+)  Estime de soi (-)  Sentiment d'impuissance (+)  Genre (♂ +)  Âge (-)  Ancienneté (-)	Entrevue individuelle de type constructiviste  Démarche qualitative	Présente 4 grands types d'explication pour comprendre la surconsommation  Étude sur les modèles d'intervention utilisés en milieu de travail pour traiter la surconsommation  Facteurs recensés au sein de la littérature sans être testés dans cette étude
<b>Marchand</b> (2008) Canada Transversale	10 155 travailleurs, population générale  Quebec Health and Social Survey  ♀ : 44% ♂ : 56%  Taux de réponse : 84%	Consommation d'alcool à risque Nb de verres consommés/semaine précédente 10v et + pour les ♀ et 15v et + pour les ♂ = consommation d'alcool à risque élevé	Utilisation des compétences (JCQ) (NS)  Autorité décisionnelle (JCQ) (NS)  Demandes psychologiques (NS)  Demandes physiques (NS)  Nombre d'heures travaillées (NS)  Horaire irrégulier (+)  Harcèlement (+)  Syndicalisation (NS)  Salaire au rendement (NS)  Insécurité d'emploi (NS)  Prestige (-)	Statut matrimonial (en couple -)  Nombre d'enfants mineurs (+)  Revenu du ménage (NS)  Tensions entre conjoint (+)  Tensions parentales (+)  Soutien social hors travail (-)	Profession (c)  Genre (- ♀)  Âge (NS)  Santé physique (NS)  Consommation de tabac (+)  Activités physiques (NS)  Événements stressants vécus durant l'enfance (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions multinomiales	Devis transversal  Le nombre de facteurs sélectionnés était limité par les données disponibles dans le QHSS  Ne tient pas compte du style de supervision  Ne permet pas de faire la distinction entre la consommation d'alcool de fin de semaine et celle de semaine  Sous-estimation de la consommation d'alcool car mesures autorapportées
<b>Marchand &amp; Blanc</b> (2010)	6585 travailleurs, population générale	Chronicité de la consommation de médicaments	Nombre d'heures travaillées (+)  Demandes psychologiques (NS)	Statut matrimonial (en couple -)	Profession (+)  Genre (♀ +)	Questionnaires autoadministrés et entrevues en face-à-	Faible consistance interne des échelles de mesure pour les facteurs du travail

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

Canada Longitudinale (5 cycles)	Enquête nationale sur la santé de la population de Statistiques Canada  ♀ : 45% ♂ : 55%  Taux de réponse : 80,6 à 93,6%	psychotropes Consommation au cours des 2 derniers jours ou dernier mois Tranquillisants, antidépresseurs et somnifères	Utilisation des compétences (NS)  Autorité décisionnelle (NS)  Demandes physiques (NS)  Soutien social au travail (NS)  Insécurité d'emploi (NS)  Horaire irrégulier (NS)	Statut parental (NS)  Revenu du ménage (NS)  Tensions entre conjoints (NS)  Tensions parentales (NS)  Soutien social hors travail (NS)	Âge (+)  Santé physique (mauvaise santé +)  Consommation de tabac (+)  Activités physiques (NS)  Évènements stressants vécus durant l'enfance (+)  Estime de soi (NS)  Centre de contrôle (-)  Sentiment de cohésion (-)	face  Régressions logistiques multiniveaux	Biais dans l'estimation des épisodes de consommation car période de deux ans entre chacun des cycles  Certains facteurs du travail non pris en considération : supervision abusive, environnement physique ou ressources en SST
<b>Marchand &amp; Blanc</b> (2011) Canada Longitudinale (8 ans)	6582 travailleurs, population générale  Enquête nationale sur la santé de la population de Statistiques Canada  ♀ : 45% ♂ : 55%  Taux de réponse : 80,6 à 93,6%	Consommation d'alcool à risque Nb de verres consommés/semaine précédente 10v et + pour les ♀ et 15v et + pour les ♂ = consommation d'alcool à risque élevé  Consommation d'alcool à risque récurrente	Nombre d'heures travaillées (NS)  Demandes psychologiques (-)  Utilisation des compétences (NS, récurrence +)  Autorité décisionnelle (NS, récurrence +)  Demandes physiques (NS)  Soutien social au travail (NS, récurrence -)  Insécurité d'emploi (- pour les deux)  Horaire irrégulier (NS)	Statut matrimonial (en couple NS, récurrence -)  Statut parental (NS, récurrence – enfants de 0 à 5 ans)  Revenu du ménage (NS, récurrence +)  Tensions entre conjoints (NS)  Tensions parentales (NS)  Soutien social hors travail (-, récurrence NS)	Profession (C)  Genre (♀ - pour les deux)  Âge (- pour les deux)  Santé physique (mauvaise santé NS)  Consommation de tabac (+ pour les deux)  Activités physiques (+ pour les deux)  Évènements stressants vécus durant l'enfance (NS)  Estime de soi (NS)  Centre de contrôle (NS)  Sentiment de cohésion (NS, récurrence -)	Questionnaires autoadministrés et entrevues en face-à-face  Régressions logistiques multiniveaux	Mesures autorapportées  Biais de sélection : étude longitudinale  Faible consistance interne des échelles de mesure pour les facteurs du travail  Biais dans l'estimation de la variation de la consommation d'alcool à risque car période de deux ans entre chacun des cycles  Certains facteurs du travail non pris en considération : supervision abusive, environnement physique ou ressources en SST
<b>Marchand, Demers &amp; Durand</b> (2005a)	6 359 travailleurs, population générale  Enquête nationale sur la santé de la	Détresse psychologique CIDI	Demandes psychologiques (NS)  Utilisation des compétences (NS)	Statut matrimonial (en couple NS)  Statut parental (NS)	Profession (c)  Genre (♀ +)  Âge (-)	Questionnaires autoadministrés et entrevues en face-à-face	Faible consistance interne des échelles de mesure pour les facteurs du travail  Variables n'étaient pas

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

Canada Longitudinale (4 cycles)	population de Statistiques Canada ♀ : 46% ♂ : 54%  Taux de réponse : 85 à 94%		Autorité décisionnelle (+) Demandes physiques (NS) Soutien social au travail (NS) Insécurité d'emploi (NS) Horaire irrégulier (+) Nombre d'heures travaillées (NS) Revenu d'emploi (NS)	Revenu du ménage (NS) Tensions entre conjoints (NS) Tensions parentales (+) Soutien social hors travail (-)	Santé physique (mauvaise santé +) Consommation de tabac (NS) Consommation d'alcool (NS) Activités physiques (-) Évènements stressants vécus durant l'enfance (NS) Estime de soi (NS) Centre de contrôle (-) Sentiment de cohésion (-)	Régressions logistiques multiniveaux	mesurées à chacun des cycles de l'enquête  Biais dans l'estimation de la variation de la détresse psychologique car période de deux ans entre chacun des cycles  Certains facteurs du travail non pris en considération : supervision abusive, environnement physique ou ressources en SST
<b>Marchand, Demers &amp; Durand</b>  (2005b)  Canada  Transversale	9 501 travailleurs, population générale  Enquête sociale et de santé du Québec  ♀ : 44% ♂ : 56%  Taux de réponse : 84%	Détresse psychologique PSI	Demandes psychologiques (+) Utilisation des compétences (NS) Autorité décisionnelle (NS) Demandes physiques (+) Harcèlement (+) Syndicalisation (NS) Insécurité d'emploi (NS) Horaire irrégulier (+) Nombre d'heures travaillées (NS) Salaire au rendement (NS)	Statut matrimonial (en couple -) Statut parental (NS) Revenu du ménage (NS) Tensions entre conjoints (+) Tensions parentales (+) Soutien social hors travail (-)	Profession (+) Genre (♀ +) Âge (-) Santé physique (mauvaise santé +) Consommation de tabac (NS) Consommation d'alcool (+) Activités physiques (NS) Évènements stressants vécus durant l'enfance (+)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiniveaux	Devis transversal  Faible consistance interne des échelles de mesure pour les facteurs du travail  Mesures autorapportées  Certains facteurs du travail non pris en considération : supervision abusive, environnement physique ou ressources en SST
<b>Marchand &amp; Durand</b>  (2011)  Canada  Transversale	410 policiers  ♀ : 39% ♂ : 61%  Taux de réponse : 48%	Épuisement professionnel MBI-GS  Détresse psychologique GHQ  Dépression	Demandes psychologiques (+ détresse, dépression, C et - EF, NS EE) Autorité décisionnelle (NS détresse et dépression, - C et EE, + EF) Utilisation des compétences	Statut parental (c) Statut matrimonial (c)	Profession (c) Genre (c) Âge (c)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples	Faible taux de participation et échantillon homogène  Devis transversal  Plusieurs facteurs du travail et individuels non pris en considération : traits de personnalité, harcèlement ou

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

		BDI	(NS détresse et dépression, - C et + EF)  Contrôle  Soutien social des superviseurs (- détresse, EE et C, NS dépression et EF)  Soutien social des collègues (- EE, NS détresse, dépression, C et EF)  Demandes élevées/faible utilisation des compétences (+ C)  Demandes élevées/faible autorité décisionnelle (-C)  Effet modérateur du soutien social (NS)  Nombre d'heures travaillées (c)  Quart de travail (c)  Horaire irrégulier (c)				style de supervision
<b>Marchand, Parent-Lamarche &amp; Blanc</b>  (2011)  Canada  Transversale	76136 travailleurs, population générale  Canadian Community Health Survey de Statistiques Canada  ♀ : ? % ♂ : ? %  Taux de réponse : 80%	Consommation d'alcool à risque Nb de verres consommés/semaine précédente 10v et + pour les ♀ et 15v et + pour les ♂ = consommation d'alcool à risque élevé	Nombre d'heures travaillées (+) Demandes psychologiques (NS) Utilisation des compétences (NS) Autorité décisionnelle (NS) Demandes physiques (NS) Soutien social au travail (NS) Insécurité au travail (+) Horaire irrégulier (NS)	Statut matrimonial (en couple +)  Statut parental (+)  Revenu du ménage (+)	Profession (c)  Genre (- ♀)  Âge (-)  Éducation (+ faible)  Santé physique (NS)  Activités physiques (+ faible)  Consommation de tabac (+)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiniveaux	Devis transversal  Faible consistance interne des échelles de mesure pour les facteurs du travail  Ne tient pas compte de certains facteurs du travail : supervision abusive, ressources en SST ou l'environnement physique
<b>Martinussen, Richardsen &amp; Burke</b>  (2007)  Norvège  Transversale	223 policiers  ♀ : 22% ♂ : 78%  Taux de réponse : 45%	Épuisement professionnel MBI-GS 3 dimensions	Nombre d'heures travaillées Leadership (- C, NS EE et EF) Temps supplémentaire (NS) Conflit au travail (+ EE et C, - EF)	Statut matrimonial  Conflit travail-famille (+ EE et C, - EF)	Âge (+ EE, NS C et EF)  Éducation  Genre (+ ♀ EE, NS C et EF)  Titre d'emploi (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples et corrélations	Devis transversal  Échantillon homogène  Effet du survivant  Faible taux de participation

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

			Autonomie (- EE et C, + EF) Soutien social (- EE et C, + EF) Satisfaction (- EE et C, +EF) Engagement (- EE et C, +EF) Intention de quitter l'organisation (+ EE et C, - EF)		Ancienneté (NS) Niveau hiérarchique (NS) Effets psychosomatiques (+ EE et C, - EF)		Mesures autorapportées
<b>Maslach &amp; Jackson</b> (1981) États-Unis Transversale	1025 travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux ♀ : 54% ♂ : 46% Taux de participation : ?	Épuisement professionnel MBI (1 <sup>ère</sup> version) 3 dimensions + implication	N/D	Statut matrimonial (en couple – EE, NS C et EF)	Genre (♀ + EE et implication, ♂ + C et EF) Origine (NS) Éducation (+ EE et EF, - C) Âge (- EE et C, + EF)	Questionnaires autoadministrés Corrélations	La différence entre les genres peut être le reflet de la différence entre les professions Teste la fiabilité et la validité du MBI Aucun facteur du travail pris en considération
<b>Mausner-Dorsch &amp; Eaton</b> (2000) États-Unis Transversale	905 travailleurs, population générale ♀ : 54% ♂ : 46% Taux de réponse : 73%	Dépression DSM-III-R	Emplois à forte tension (+) Demandes psychologiques (QES) (NS) Demandes physiques (NS) Autorité décisionnelle (-) Utilisation des compétences (NS) Dangerosité de l'environnement de travail (NS) Exposition à la fumée de cigarette (NS) Exposition au harcèlement (NS)	Statut matrimonial (♂ célibataire +)	Genre (♀ +) Âge (NS) Origine (NS) Éducation (NS)	Questionnaires autoadministrés et entretus Régressions logistiques multiples Stratification	Devis transversal Perception de l'individu quant aux facteurs du travail Aucune donnée sur le soutien social au travail Traits de personnalité ne sont pas pris en considération alors qu'ils influenceraient la dépression
<b>McCarty, Zhao &amp; Garland</b> (2007) États-Unis Transversale	1 100 policiers Taux de réponse : ?	Stress professionnel Davis et al., 1988 Épuisement professionnel Échelle de 4 items	Événement stressant relié à la profession de policier (+ Stress et EP) Camaraderie (- stress et EP) Iniquité (+ stress et EP (sauf pour les femmes)) Stress professionnel (+ EP)	Statut matrimonial (NS)	Stratégie d'adaptation employée (constructive : - stress (sauf pour les femmes) et EP, destructive : + stress et EP) Origine (NS sauf + EP pour les femmes uniquement) Éducation (NS)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multiples Stratification	Échantillon homogène non représentatif de la population On ne connaît pas le nombre exact de femmes et d'hommes et le taux de réponse Les femmes issues des minorités ethniques peuvent vivre à la fois du sexisme, du racisme et de l'exclusion due

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

					Niveau hiérarchique (NS) Ancienneté (NS) Genre (NS)		à une minorité de femmes au sein du corps policier
<b>McNeill</b> (1996) Australie Transversale	54 policiers ♀ : 28% ♂ : 72% Taux de réponse : 82%	Consommation d'alcool à risque élevé + 9 verres pour les ♀/jour + 12 verres pour les ♂/jour	Quart de travail Stress professionnel perçu (+) Relations sociales au travail (+) Soutien social des superviseurs (-) Engagement au travail (-) Autonomie (-)	Débordement du travail sur les autres sphères de la vie (+)	Consommation de tabac (NS) Type A (+) Alcool utilisé comme stratégie d'adaptation (+)	Questionnaires autoadministrés et entrevues pour certains (n=52)	Facteurs du travail ne sont pas ceux habituellement utilisés Petit échantillon homogène Devis transversal Perception des individus quant aux mesures utilisées
<b>Moisan, Bourbonnais, Brisson, Gaudet, Vézina, Vinet &amp; al.</b> (1999) Canada Transversale	2 786 cols blancs de la région de Québec, âgés de moins de 65 ans et travaillant au moins 35h/semaine ♀ : 48% ♂ : 52% Taux de réponse : 62%	Consommation de médicaments psychotropes/ 2 derniers jours	Demandes psychologiques (JCQ) Latitude décisionnelle Emplois à forte tension (+) Demandes élevées/Latitude élevée (+) Soutien social au travail (JCQ) (+) Combinaison emploi forte tension/faible soutien social (+) Effet modérateur du soutien social (NS)	Revenu du ménage (NS)	Âge (+) Genre (+ ♀) Éducation (-) Statut d'emploi (temporaire -) Profession (c) Consommation de tabac (+ consommateurs réguliers) Événement stressant vécu (+) Consommation d'alcool (-) Activités physiques (-)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multiples	Devis transversal Peu de facteurs hors travail pris en considération Mesures autorapportées de la consommation et seulement au cours des deux derniers jours
<b>Moisan, Grégoire &amp; Chabot</b> (2000) Canada	Ne s'applique pas	Consommation de médicaments psychotropes	Le fait d'être en emploi (-) Emplois à forte tension (+) Satisfaction au travail (-) Autorité décisionnelle (+) Climat de travail négatif (+) Latitude décisionnelle (-)	Statut matrimonial (+ ♀ mariées, NS pour ♂, mais veuf ou séparé +) Revenu du ménage (NS)	Âge (+) Genre (+ ♀) Éducation (NS) Statut socioéconomique (NS) État de santé physique et mentale (+)	Ne s'applique pas	Synthèse de la littérature sur le sujet

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

			Contraintes de temps (+) Stress professionnel (+) Contraintes de l'horaire de travail (+) Utilisation des compétences (+) Surcharge de travail (+) Demandes physiques (NS) Exposition au bruit (NS) Travail répétitif (NS)		Recours aux services médicaux (+) Détresse psychologique (+)		
<b>NgoundoMbongue &amp; Ngoundo</b> (2005) France Longitudinale (1 an d'intervalle)	1273 travailleurs, population générale ♀ : 53% ♂ : 47% Taux de réponse : 60%	Consommation de substances psychoactives – médicaments psychotropes/ dernier mois Classification ATC Dépendance aux médicaments DSM-IV	Stress professionnel perçu (NS) Satisfaction au travail (-)	Satisfaction hors travail (-)	Âge (+) Genre (+ ♀) Niveau hiérarchique (-) Statut d'emploi (NS) Consommation de tabac (+ usage chronique de médicaments)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux Régressions logistiques Stratification	Mesure de la consommation autorapportée Plusieurs facteurs du travail non pris en considération Certains facteurs individuels pouvant influencer la prise de médicaments non inclus dans l'étude : traits de personnalité ou état de santé physique
<b>Niedhammer, David, Degioanni, Drummond &amp; Philip</b> (2011) France Transversale	7 694 travailleurs, population générale Cohorte INSERM ♀ : 59% ♂ : 41% Taux de réponse : 40%	Consommation de médicaments psychotropes/ 12 derniers mois	Nombre d'heures travaillées (NS) Travail de nuit (+ pour ♂) Exposition à des substances chimiques au travail (NS pour ♂, + pour ♀) Exposition à l'intimidation (+ ♂ et ♀)	Statut matrimonial (en couple -) Statut parental (NS)	Âge (+) Éducation (NS) Profession (employés + pour ♂, NS pour ♀) Symptômes dépressifs (CES-D) (+ ♂ et ♀) État de santé physique (mauvais + ♂ et ♀)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques Stratification	L'étude devrait inclure d'autres facteurs du travail Plusieurs facteurs individuels non pris en considération tels les traits de personnalité Faible taux de réponse Sous-estimation de la consommation car mesures autorapportées
<b>Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Buger &amp; David</b> (1998) France Transversale	11 552 employés de Gaz de France-Électricité de France Cohorte GAZEL ♀ : 27% ♂ : 73% Taux de réponse : entre 74 et 92%	Symptômes dépressifs CES-D	Demandes psychologiques (JCQ) (+) Latitude décisionnelle (-) Soutien social au travail (-) Évènements stressants vécus au travail au cours des 12 derniers mois (+)	Statut matrimonial (+ vivants seuls) Statut parental (NS)	Âge (NS) Évènements stressants vécus au cours des 12 derniers mois (+) Éducation (NS pour ♂, - ♀) Profession (c) Taux d'absentéisme (+)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux Régressions logistiques multiniveaux Stratification	Mesures autorapportées des facteurs psychosociaux et des symptômes dépressifs Échelle de mesure du soutien social non adéquate car elle ne mesure que la fréquence de contact avec les collègues Ne tient pas compte de certains facteurs individuels tels que les traits de

EE : épuisement émotionnel  
 EF : efficacité professionnelle  
 C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
 A : alcool  
 CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
 c : contrôle

							personnalité
<b>Niedhammer, Tek, Starke &amp; Siegrist</b> (2004) France Transversale	10 175 employés de Gaz de France-Électricité de France  Cohorte GAZEL ♀ : 29% ♂ : 71%  Taux de réponse : entre 73 et 92%	État de santé physique	Déséquilibre efforts/récompenses (+)  Surinvestissement (+)  Efforts élevés (+ pour ♂, NS pour ♀)  Faibles récompenses (+ pour ♂ et ♀)	N/D	Genre (e)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux  Régressions logistiques multiniveaux Stratification	Faible prévalence d'individus exposés à un déséquilibre efforts/récompenses  Devis transversal  N'inclut pas de facteurs individuels autres que le genre
<b>Nowack &amp; Pentkowski</b> (1994) États-Unis Transversale	879 employées de cabinets de dentiste  Taux de réponse : 34%	Épuisement professionnel MBI-GS	Stress perçu (+ EE et C, NS EF)  Soutien social (NS EE, - C et + EF)	N/D	Consommation d'alcool (fréquence de consommation) (NS)  Consommation de tabac (NS)  Consommation de médicaments et de drogues illicites (+ C, NS EE et EF)  Âge (+ EE, C et - EF)  Type A (+ EE et C, NS EF)  Habitudes de vie (mauvaises + EE, NS C et EF)  Stratégie d'adaptation négative (NS EE, C et EF)  Stratégie d'adaptation constructive (NS EE et C, + EF)	Questionnaires autoadministrés  ANOVA et régressions logistiques	Échantillon composé uniquement de femmes  Données sur les facteurs hors travail et autres facteurs du travail non disponibles lors de l'étude  Devis transversal  Ne se penche pas sur la dynamique travail-famille et la consommation de substances
<b>Pelfrene, Vlerick, Moreau, Mak, Kornitzer &amp; Backer</b> (2004) Belgique Transversale	21 419 travailleurs issus de 25 entreprises belges  Cohorte BELSTRESS ♀ : 24% ♂ : 76%  Taux de réponse : 48%	Consommation de benzodiazépines/ dernier mois	Demandes psychologiques (+)  Latitude décisionnelle (NS)  Soutien social (NS)  Emplois à forte tension (+ pour ♂ uniquement)  Effet modérateur du soutien social (NS)	Statut matrimonial (vivant seuls +)	Genre (e)  Âge (+)  Éducation (- pour ♀ uniquement)  Profession (cols blancs + pour ♂ uniquement)  Secteur d'emploi (aide	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiniveaux Stratification	Biais quant à la mesure de la consommation de médicaments  Sous-estimation de la consommation de médicaments car mesures autorapportées, surtout par les hommes  Devis transversal

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

			Iso-tension (+ pour les ♂ uniquement)		communautaire +)		Effet du survivant
<p><b>Romelsjö, Hasin, Hilton, Boström, Diderichsen, Haglund &amp; al.</b></p> <p>(1992)</p> <p>Cohorte prospective</p>	<p>2 838 travailleurs, population générale</p> <p>♀ : 53% ♂ : 47%</p> <p>Taux de réponse : 65%</p>	<p>Consommation d'alcool à risque</p> <p>Nombre de grammes d'éthanol/jour</p> <p>35g et plus pour ♂ 25g et plus pour ♀</p>	<p>Demandes psychologiques (JCQ) (+ ♂, - pour ♀)</p> <p>Latitude décisionnelle (-)</p> <p>Emplois à forte tension (+ ♂, - pour ♀)</p> <p>Quart de travail (+ pour ♂, - pour ♀)</p> <p>Emploi motivant (+)</p> <p>Travail répétitif (+)</p> <p>Travail cérébral (+ pour ♂, NS pour ♀)</p> <p>Mouvements répétitifs (NS ♂, + pour ♀)</p> <p>Peu d'opportunités pour apprendre de nouvelles choses (+)</p> <p>Autonomie dans l'horaire (+)</p>	<p>Statut matrimonial (c)</p>	<p>Période sans emploi dans les 5 dernières années (+ ♂, NS pour ♀)</p> <p>Âge (c)</p> <p>Éducation (c)</p> <p>Genre (c)</p> <p>Statut socioéconomique (c)</p>	<p>Questionnaires autoadministrés et données documentaires</p> <p>Régressions logistiques multiples</p> <p>Stratification pour le genre et le statut socioéconomique</p>	<p>Peu de répondants ont été sans emploi au cours des 5 années précédentes</p> <p>Sous-estimation de la consommation d'alcool car mesures autorapportées</p>
<p><b>Schaufeli &amp; Bakker</b></p> <p>(2004)</p> <p>Pays-Bas</p> <p>Transversale</p>	<p>1698 employés provenant de 4 entreprises différentes : assurances, département de SST, fonds de pension et soins à domicile</p> <p>♀ : 31% ♂ : 68%</p> <p>Taux de réponse : entre 47% et 83%</p>	<p>Épuisement professionnel MBI-GS</p>	<p>Demandes psychologiques (JCQ) (+ EE, + C, NS EF)</p> <p>Demandes émotionnelles (Van Veldhoven &amp; Meijman, 1994) (+ EE, NS pour C et EF)</p> <p>Soutien social des superviseurs (JCQ) (- pour EE et C, + EF)</p> <p>Soutien social des collègues (Van Veldhoven &amp; Meijman, 1994) (- pour EE et C, + EF)</p>	<p>N/D</p>	<p>N/D</p>	<p>Questionnaires autoadministrés</p> <p>Modélisation par équations structurelles (SEM)</p>	<p>Étude transversale</p> <p>Questionnaires autoadministrés, donc perception des individus</p> <p>Entrecroisement des causes et des conséquences de l'engagement et de l'épuisement professionnel car les demandes et ressources ne sont pas indépendantes</p>
<p><b>Schaufeli, Bakker &amp; Van Rhenen</b></p> <p>(2009a)</p> <p>Pays-Bas</p> <p>Longitudinale, sur deux ans</p>	<p>201 cadres dans le secteur des télécommunications</p> <p>♀ : 11% ♂ : 89%</p> <p>Taux de réponse : 87% an 1, 62% an 2</p>	<p>Épuisement professionnel MBI-GS</p>	<p>Demandes psychologiques (<i>Questionnaire on the experience and evaluation of work</i> (QEEW)) (NS)</p> <p>Demandes émotionnelles (QEEW) (+ EE et C)</p> <p>Soutien social des collègues (-</p>	<p>Conflit travail-famille (Peeters, De Jonge et al., 2004) (+ EE, C)</p>	<p>N/D</p>	<p>Questionnaires autoadministrés et données documentaires pour le taux d'absentéisme</p> <p>Modélisation par équations</p>	<p>Ignore les effets médiateurs (ex. entre les demandes, l'épuisement professionnel et la durée des absences)</p> <p>Inclure des conséquences de l'EP mesurables objectivement</p>

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

			EE et C) Soutien social du superviseur (NS pour EE, - C) Latitude décisionnelle (QEEW) (NS pour EE, - C) Possibilités d'avancement (NS pour EE, - C)			structurelles (SEM)	Faible pourcentage de la variance de la fréquence (3%) et durée de l'absence (7%) est expliqué Échantillon homogène
<b>Schaufeli, Taris &amp; Van Rhenen</b> (2008) Pays-Bas Transversale	587 cadres du secteur des télécommunications ♀ : 22% ♂ : 78% Taux de réponse : 69%	Épuisement professionnel MBI-GS	Engagement au travail (QEEW) (NS EE, - C et + EF) Dépendance au travail (+EE, NS C et EF) Heures de travail supplémentaires (NS) Demandes psychologiques (JCQ) (+ EE, NS C et EF) Latitude décisionnelle (NS EE et C, +EF) Soutien social des superviseurs (EE et C, NS EF) Soutien social des collègues (NS EE et C, +EF) Satisfaction au travail (QEEW) (- EE et C, + EF)	Qualité des relations sociales (- EE et + EF, NS C)	Détresse (+) Dépression (+ C, NS EE et EF) Anxiété (+ C, NS EE et EF) Maladies psychosomatiques (+EE, NS C et EF)	Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques multiples et modélisation par équations structurelles (SEM)	Teste la validité de trois concepts : l'épuisement professionnel, l'engagement et l'addiction au travail Plusieurs caractéristiques individuelles ne sont pas prises en considération Échantillon homogène Mesures autorapportées Devis transversal
<b>Siegrist</b> (1996) Allemagne Étude prospective (6 ans) et transversale	416 cols bleus 179 cadres intermédiaires ♂ : 100% Taux de réponse : ?	Incidence de maladies cardiovasculaires	Efforts (pression au travail +) Surinvestissement (+) Récompenses (ambiguïté de rôle et insécurité d'emploi +) Déséquilibre efforts/récompenses (+ seulement pour arrêt cardiaque) Les autres items des différentes échelles de mesure étaient non significatifs	N/D	N/D	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux Régressions logistiques multiples	On ne connaît pas l'effet d'une exposition chronique aux facteurs de risque du travail Les facteurs individuels ne sont pas pris en considération N'examine pas la relation déséquilibre efforts/récompenses et surinvestissement Échantillon homogène
<b>Sinokki, Hinkka, Ahola, Koskinen, Kivimaki, Honkonen et al.</b>	3 429 travailleurs, population générale Health 2000 study	Troubles dépressifs et anxieux DSM-IV et CIDI Consommation de	Soutien social des superviseurs (JCQ) (- troubles dépressifs et anxieux et antidépresseurs) Soutien social des collègues (-	Soutien social hors travail (- troubles dépressifs et anxieux et NS antidépresseurs)	Âge (c) Genre (+ ♀ antidépresseurs et dépression, NS anxiété)	Questionnaires autoadministrés, entretiens, examens médicaux et données documentaires	Consommation d'antidépresseurs est basée sur les prescriptions : biais car médecins n'utilisent pas tous les mêmes médicaments

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

(2009) Finlande Transversale	♀ : 51% ♂ : 49%  Taux de réponse : 87%	médicaments antidépresseurs Prescriptions	troubles dépressifs et anxieux pour les ♂, NS pour les ♀ ; - antidépresseurs)	Statut matrimonial (c)	Statut socio-économique (c)	Régressions logistiques multiniveaux Stratification	pour traiter  Pas de suivi quant au diagnostique de troubles anxieux ou dépressifs  Le groupe dont le soutien hors travail était faible se composait d'un petit nombre d'individus
<b>Soler, Yaman, Esteva, Dobbs &amp; Asenova</b>  (2008) Europe Transversale	393 médecins provenant de 12 pays européens  ♀ : 45% ♂ : 54% ? : 1%  Taux de réponse : entre 22 et 64% selon le pays	Épuisement professionnel MBI-HSS 3 dimensions	Satisfaction au travail (+ EE, C et EF)  Intention de changer d'emploi (+ EE, C et EF)  Nombre d'heures travaillées par semaine (+ EE et NS C et EF)  Nombre de patients/semaine (+ EE, NS C et EF)  Travail de fin de semaine (NS EE, + C et - EF)  Travail de nuit (NS EE et EF, + C)	Statut matrimonial (en couple + EE mais faible, NS C et - EF)  Statut parental (NS EE et C, + EF si enfants)	Pays de résidence (significatif, voir détails de l'étude)  Taux d'absentéisme (+EE et C, - EF)  Consommation d'alcool (+ EE et C, NS EF)  Augmentation de la consommation d'alcool (+EE et C, NS EF)  Consommation de tabac (NS EE et C, + EF)  Consommation de médicaments psychotropes (+EE, C et EF)  Âge (-)  Genre (NS EE et EF, + C pour ♂)  Années d'expérience comme médecin (NS)  Ancienneté (NS)  Revenu (NS)  Nombre d'heures de sommeil (NS)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples	Questionnaires traduits en plusieurs langues sans nécessairement être validés  Échantillon homogène  Taux de réponse très faible dans certains pays  Devis transversal  N'inclut pas certains facteurs du travail usuels tels que les demandes psychologiques ou les récompenses
<b>Stansfeld, führer, Shipley &amp; Marmot</b>  (1999) Angleterre	10 308 travailleurs ayant effectué leur service militaire, population générale  Whitehall II Study	Troubles psychiatriques GHQ-12	Demandes psychologiques (JCQ) (+)  Autorité décisionnelle (-)  Utilisation des compétences (-)	N/D	Genre (c)  Âge (c)  Niveau hiérarchique (c)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux  Régressions logistiques multiples	Aucun facteur hors travail n'est inclus dans l'étude  Les effets des conditions de travail sur la santé mentale seraient modérés par la

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

Étude prospective et longitudinale	♀ : 45% ♂ : 54%  Taux de réponse : 73%		mais association faible)  Soutien social des collègues (-)  Soutien social des superviseurs (-, mais association plus faible)  Informations de la part des superviseurs (-)  Déséquilibre efforts/récompenses (+, association plus grande pour les ♂)		Hostilité (c)  Perception négative de soi (c)	Stratification	perception de l'individu et ses caractéristiques personnelles  Troubles psychiatriques mesurés par le GHQ alors que normalement utilisé pour la détresse psychologique
<b>Stansfeld, Head &amp; Marmott</b>  (2000)  Angleterre  Étude prospective et longitudinale	10 308 travailleurs ayant effectué leur service militaire, population générale  Whitehall II Study  ♀ : 45% ♂ : 54%  Taux de réponse : 73%	Dépendance à l'alcool CAGE  État de santé mentale général (mauvais)	Demandes psychologiques (JCQ) (- alcool, + état santé)  Latitude décisionnelle (lorsque moyenne + alcool, - état santé)  Soutien social (- alcool et état de santé)  Emplois à forte tension (NS)  Déséquilibre efforts/récompenses (+ alcool, surtout pour les hommes; + état de santé)	Réseau social hors travail (- alcool et état santé)	Genre (c)  Âge (c)  Niveau hiérarchique (c)  Consommation de tabac (+ alcool, NS état santé)  Sédentarité (+ ♂, -♀ pour alcool ; + état de santé)	Questionnaires autoadministrés et examens médicaux  Régressions logistiques multiples Stratification	Les effets des conditions de travail sur la santé mentale seraient modérés par la perception de l'individu et ses caractéristiques personnelles  Généralisation des résultats difficile car les conditions de travail des cols blancs interrogés seraient meilleures
<b>Sterud, Hem, Ekeberg &amp; Lau</b>  (2007)  Norvège  Transversale	1 286 membres du personnel ambulancier  ♀ : 23% ♂ : 77%  Taux de réponse : 41%  3 272 policiers  ♀ : 16% ♂ : 84%  Taux de réponse : 51%	<u>comorbidité</u> Consommation d'alcool à risque AUDIT - troubles associés à la consommation - consommation à risque  Épuisement professionnel MBI-HSS 3 dimensions	Pression au travail (Job stress survey) (NS)  Soutien social des superviseurs (NS)  Soutien social des collègues (NS)  Tâches motivantes (+troubles et consommation)  Épuisement émotionnel (NS troubles et + consommation)  Cynisme (+ troubles et consommation)  Efficacité professionnelle (- troubles, NS consommation)	N/D	Consommation comme stratégie d'adaptation (+ troubles et consommation)  Genre (+ hommes consommation et troubles)  Âge (- troubles, + consommation)  Névrosisme (+troubles et NS consommation)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiniveaux et analyses avec rotations varimax	Comparaison entre deux échantillons  Faible taux de réponse  Devis transversal  Sous-estimation de la consommation d'alcool réelle car mesures autorapportées  Échantillons non représentatifs
<b>Swendsen &amp; Merikangas</b>	226 patients ayant eu un épisode d'alcoolisme ou de	<u>comorbidité</u> DSM-III-R Dépendance à l'alcool	N/D	N/D	Trouble affectif quelconque (+dépendance et abus)	Entrevues et examens médicaux	Possibilités de généralisation moindres

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

(2000) États-Unis Transversale Étude familiale	troubles anxieux et 1023 adultes faisant partie de leur famille  Taux de réponse : ?	Abus d'alcool  Troubles anxieux  Troubles affectifs			Bipolaire (+dépendance et abus)  Dépression majeure (+dépendance et NS abus)  Dysthymie (+dépendance et NS abus)	Comparaison avec un groupe contrôle  Régressions logistiques	Il n'y aurait pas de profil type de comorbidité, déterminants individuels joueraient une importante influence  Pas encore assez de données probantes permettant une conclusion générale quant à la comorbidité
<b>Tummers, Landeweerd &amp; Van Merode</b>  (2002) Pays-Bas Transversale	1 204 infirmières provenant de 15 hôpitaux  ♀ : 85% ♂ : 15%  Taux de réponse : 68%	Épuisement professionnel MBI-NLL Épuisement émotionnel uniquement	Incertitude (+)  Complexité du travail (+)  Autorité décisionnelle (Boone & de Jonge, 1996) (-)  Autonomie (MAQ) (NS)  Demandes du travail (+)  Soutien social (VOS-D) (-)  Ambiguïté de rôle (+)  Conflit de rôles (+)  Motivation au travail (NS)  Satisfaction au travail (-)  Demandes X autonomie (NS)  Demandes X soutien social (-)  Autonomie X soutien social (NS)	N/D	Maladies psychosomatiques (+)  Genre (+♀)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques hiérarchiques	Devis transversal  Seule une petite partie de la variance est expliquée (2 à 43%)  Peu de facteurs individuels inclus dans l'étude  N'utilise pas les échelles de mesure habituelles pour les facteurs du travail
<b>Van der Doef, Maes &amp; Diekstra</b>  (2000) Pays-Bas Transversale	4000 cols blancs et bleus  Taux de réponse : 69% pour l'échantillon total composé de 13 743 individus	Détresse psychologique (5 <i>symptoms checklist</i> )	Contraintes de temps (+)  Utilisation des compétences (JCQ) (-)  Autorité décisionnelle (JCQ) (-)  Soutien social (-)  Contraintes de temps élevées/utilisation des compétences élevées (-)  Utilisation des compétences/	N/D	Âge (+)  Genre (+♀)	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples et analyses LISREL	Étude supportant les hypothèses d'iso-tension  Devis transversal  Mesures autorapportées  Une seule facette des demandes est examinée : les contraintes de temps  On ne connaît pas le nombre d'hommes et de femmes

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<b>Van der Doef, Maes &amp; Diekstra</b>  (2000)  Pays-Bas  Transversale	4000 cols blancs et bleus  Taux de réponse : 69% pour l'échantillon total composé de 13 743 individus	Détresse psychologique (5 <i>symptoms checklist</i> )	Contraintes de temps (+)  Utilisation des compétences (JCQ) (-)  Autorité décisionnelle (JCQ) (-)  Soutien social (-)  Contraintes de temps élevées/utilisation des compétences élevées (-)  Utilisation des compétences/ soutien social (NS)  Contraintes de temps élevées/soutien social élevé (NS)  Contraintes de temps élevées/ utilisation des compétences élevées/ soutien social (-)  Contraintes de temps/autorité décisionnelle (-)  Autorité décisionnelle/soutien social (+)  Contraintes de temps élevées/ autorité décisionnelle élevée/ soutien social (NS)	N/D	Âge (+)  Genre (+♀ )	Questionnaires autoadministrés  Régressions logistiques multiples et analyses LISREL	Étude supportant les hypothèses d'iso-tension  Devis transversal  Mesures autorapportées  Une seule facette des demandes est examinée : les contraintes de temps  On ne connaît pas le nombre d'hommes et de femmes
<b>Vermeulen &amp; Mustard</b>  (2000)  Canada  Transversale	7484 travailleurs, population générale  Données secondaires provenant du <i>National Population Health Survey</i>  ♀ : 45% ♂ : 55%  Taux de réponse : 93%	Détresse psychologique CIDI	Demandes psychologiques (JCQ) (+)  Latitude décisionnelle (-)  Soutien social (-)  Prestige (-)  Statut d'emploi (temps partiel +)  Emplois à forte tension (+)  Iso-tension (+)	Revenu du ménage (-)  Statut parental (NS)  Statut matrimonial (non marié +)  Type de famille (monoparentale +)	Profession (voir résultats complets)  Âge (-)  Éducation (NS)  Genre (c)	Questionnaires autoadministrés  Statistiques descriptives et régressions logistiques	Les femmes tendent à rapporter des moins bonnes conditions de travail que les hommes  Version abrégée du JCQ  Prévalence plus élevée de la détresse psychologique chez les femmes  Devis transversal
<b>Virtanen, Honkonen, Kivimaki, Ahola, Vahtera, Aromaa &amp; al.</b>	3366 travailleurs, population générale  Health 2000 study	Consommation de médicaments antidépresseurs Prescriptions	Demandes psychologiques (JCQ) (+ troubles et médicaments (relation plus faible))	Statut matrimonial (c)  Revenu du ménage	Âge (c)  Genre (stratification)	Questionnaires autoadministrés, entrevues, examens médicaux et données	Consommation de médicaments mesurée par le nombre de prescriptions

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<p><b>Walters, Lenton, French, Eyles, Mayr &amp; Newbold</b> (1996) Canada Transversale</p>	<p>2285 infirmiers et infirmières ♀ : 80% ♂ : 20% Taux de réponse : 45%</p>	<p>Problèmes de santé</p>	<p>Exposition aux dangers (+) Surcharge de travail (Barnett et al.) (+) Soutien social déficient de la part du superviseur (+) Discrimination basée sur le genre (NS) Racisme (NS) Aide des collègues (NS) Autorité décisionnelle (NS) Tâches motivantes (- pour ♀ uniquement) Satisfaction au travail (-) Soutien social des superviseurs (NS) Soutien social des collègues (NS) Reconnaissance (NS) Prestige de la profession (- ♀ uniquement) Revenu d'emploi (c)</p>	<p>Revenu du ménage (c) Soutien social hors travail (-)</p>	<p>Genre (stratification) (+ femmes) Origine (NS) Âge (+)</p>	<p>Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques Stratification</p>	<p>31% de la variance dans les problèmes de santé est expliquée par le modèle Peu de facteurs individuels pris en considération Devis transversal Les résultats détaillés des facteurs significatifs ne sont pas présentés</p>
<p><b>Wege, Dragano, Erbel, Jockel, Moebus, Stang &amp; al.</b> (2008) Allemagne Transversale</p>	<p>1749 travailleurs âgés de 45 ans à 65 ans <i>Heinz Nixdorf Recall Study</i> ♀ : 42% ♂ : 58% Taux de réponse : 56%</p>	<p>Symptômes dépressifs (CES-D) Mauvaise santé physique</p>	<p>Demandes psychologiques (JCQ) (N/D) Latitude décisionnelle (N/D) Emploi à forte tension (+ dépression et santé) Efforts (Siegrist) (N/D) Récompenses (N/D) Déséquilibre efforts/récompenses (+ dépression et santé)</p>	<p>N/D</p>	<p>Âge (c) Indice de masse corporelle &gt; 30 (c) Activités physiques (c) Consommation de tabac (c) Affectivité négative (c) Éducation (- dépression et santé) Niveau hiérarchique (- dépression et santé)</p>	<p>Questionnaires autoadministrés et entretiens Régressions logistiques multiples Stratification</p>	<p>Ne fait pas l'examen des différentes composantes des modèles JD-C et Efforts/récompenses Faible taux de réponse Validité externe des symptômes dépressifs et de la mauvaise santé physique n'a pas été vérifiée Devis transversal</p>

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle

<p><b>Wege, Dragano, Erbel, Jockel, Moebus, Stang &amp; al.</b> (2008) Allemagne Transversale</p>	<p>1749 travailleurs âgés de 45 ans à 65 ans <i>Heinz Nixdorf Recall Study</i> ♀ : 42% ♂ : 58% Taux de réponse : 56%</p>	<p>Symptômes dépressifs (CES-D) Mauvaise santé physique</p>	<p>Demandes psychologiques (JCQ) (N/D) Latitude décisionnelle (N/D) Emploi à forte tension (+ dépression et santé) Efforts (Siegrist) (N/D) Récompenses (N/D) Déséquilibre efforts/récompenses (+ dépression et santé)</p>	<p>N/D</p>	<p>Âge (c) Indice de masse corporelle &gt; 30 (c) Activités physiques (c) Consommation de tabac (c) Affectivité négative (c) Éducation (- dépression et santé) Niveau hiérarchique (- dépression et santé) Effet modérateur du statut socioéconomique (voir résultats détaillés)</p>	<p>Questionnaires autoadministrés et entrevues Régressions logistiques multiples Stratification</p>	<p>Ne fait pas l'examen des différentes composantes des modèles JD-C et Efforts/récompenses Faible taux de réponse Validité externe des symptômes dépressifs et de la mauvaise santé physique n'a pas été vérifiée Devis transversal</p>
<p><b>Westman &amp; Etzion</b> (1995) Israël Transversale</p>	<p>101 couples dont l'homme est un militaire Données secondaires Taux de réponse : 40 %</p>	<p>Épuisement professionnel Pines et al., 1981 Épuisement physique, épuisement émotionnel, épuisement mental = score total</p>	<p>Soutien social de l'homme (- pour lui, NS pour sa femme) Soutien social de la femme (- pour elle, NS pour son mari) Stress professionnel de l'homme (+ pour lui, - pour sa femme) Stress professionnel de la femme (+ pour elle, NS pour son mari) Contrôle de l'homme (- pour lui, - pour sa femme) Contrôle de la femme (- pour elle, - pour son mari)</p>	<p>Soutien social hors travail de l'homme (NS pour lui, - pour sa femme) Soutien social hors travail de la femme (- pour elle, NS pour son mari)</p>	<p>Épuisement professionnel de l'autre membre (+)</p>	<p>Questionnaires autoadministrés Modélisation par équations structurelles (SEM) et analyse LISREL</p>	<p>L'épuisement professionnel d'un membre du couple influençait celui de l'autre membre Faible taux de réponse Difficulté de généralisation des résultats car échantillon homogène Devis transversal Mesures autorapportées Faible fiabilité des données pour le soutien social</p>
<p><b>Zhao, He, Clovrich &amp; Cancino</b> (2003)</p>	<p>1 100 policiers ♀ : 14% ♂ : 86%</p>	<p>Dépression Anxiété Somatisation</p>	<p>Camaraderie (- dépression, anxiété, somatisation) Iniquité (NS)</p>	<p>Statut matrimonial (couple policier + somatisation et dépression, NS anxiété)</p>	<p>Stratégie d'adaptation constructive (NS) Stratégie d'adaptation négative (+ dépression,</p>	<p>Questionnaires autoadministrés Régressions logistiques</p>	<p>Difficultés de généralisation car échantillon homogène Aucune donnée sur la qualité du mariage</p>

EE : épuisement émotionnel  
EF : efficacité professionnelle  
C : cynisme

EP : épuisement professionnel général  
A : alcool  
CEEA : consommation épisodique excessive d'alcool

NS : non significatif  
c : contrôle