Quel est le rôle du travail dans l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes au Canada?

Marie-Eve Blanc, Ph.D.¹, Alain Marchand, Ph.D.²

RÉSUMÉ

Objectifs : Cette étude a pour objectif d'examiner la contribution du travail et d'autres déterminants sociaux dans l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs et travailleuses, sur une période de 8 ans.

Méthodes : L'étude s'appuie sur une analyse secondaire des données longitudinales de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Population (ENSP) de Statistique Canada sur une période comprise entre 1994-1995 et 2002-2003. Un panel de 7 338 personnes de 15 à 55 ans en emploi au cycle 1 a été sélectionné. Pour établir l'incidence, nous avons retenu les répondants du cycle 1 identifiés comme ne consommant pas de médicaments psychotropes. Au total, 7 020 personnes nichées dans 1 347 communautés locales ne consommaient pas de médicaments psychotropes au cycle 1 et ont constitué le groupe à risque à l'étude. Des modèles multiniveaux de régression de survie à temps discret ont été estimés.

Résultats : L'incidence de la consommation de médicaments psychotropes est estimée à 3,5 % sur la période de 8 ans. À l'exception des heures travaillées, la profession et les autres caractéristiques du travail ne montrent pas de contribution significative. Par contre, le fait d'être une femme, l'âge, la santé physique, le tabagisme et les événements stressants dans l'enfance augmentent le risque de consommer des médicaments psychotropes, alors que certains traits de personnalité en diminuent l'incidence.

Conclusions : Les expositions au travail, telles que mesurées par l'ENSP, jouent un rôle limité sur le développement de la consommation de médicaments psychotropes. D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux saisir comment se profile cette consommation au fil du temps chez les travailleurs.

Mots clés : médicaments psychotropes; profession; conditions de l'organisation du travail; facteurs hors-travail; facteurs individuels; études longitudinales; analyse multiniveaux

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2010;101(Suppl.1):S63-S68.

La consommation de médicaments psychotropes dans la population canadienne constitue un coût social et économique important. La prévalence de l'usage de médicaments psychotropes s'établit à 7,2 % dans la population générale âgée de 15 ans et plus en 2002¹. Le nombre total de prescriptions pour des antidépresseurs a augmenté de 353 % entre 1980 et 2000². En 1998, pour l'ensemble des problèmes de santé mentale 1,1 milliard de dollars ont été dépensé en médicaments, soit 8,8 % des dépenses directes pour cette catégorie de problèmes de santé³. Le coût du traitement de la dépression par les seuls antidépresseurs était estimé à un total de 534,4 millions de dollars en 2000².

Cependant, très peu d'études se sont penchées sur la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Nous avons pu identifier 27 études dont 9 avaient un devis longitudinal et 4 utilisaient des échantillons représentatifs de la main-d'œuvre (1 en devis longitudinal). Aucune étude n'a porté sur l'incidence de cette consommation, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas de consommation de médicaments psychotropes sur une période donnée, ainsi que les facteurs qui pourraient être reliés à celle-ci. Selon les données disponibles au Canada, 8 % des travailleurs en 1994-1995 rapportaient avoir utilisé au cours du dernier mois au moins un médicament de type tranquillisants, antidépresseurs, codéine, Demerol, morphine ou pilules pour dormir⁴ et 11 % auraient consommé au moins un médicament psychotrope entre 1994-1995 et 1998-1999⁵.

Quelques études montrent qu'il y a peu de variations entre les professions^{6,7}. Celles qui avaient une prévalence plus élevée étaient

les enseignants du primaire⁸, les professions de soutien administratif ou cols blancs^{9,10}, les cadres ou les professions intellectuelles¹¹, alors que les agriculteurs présenteraient la prévalence la plus faible¹¹.

Au plan des conditions de travail, une demande psychologique élevée^{6,9}, une tension élevée au travail^{4,9,12,13}, et un stress perçu élevé¹⁴ augmenteraient le risque de consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs, de même qu'un capital social faible¹⁵ ou un soutien social faible au travail^{4,6,13,16}. L'insécurité d'emploi^{4,6,14,17} ou un emploi temporaire¹⁸ augmenteraient aussi ce risque. Également, une faible satisfaction au travail^{14,19} et un déséquilibre efforts-récompenses chez les hommes²⁰ seraient associés à un risque de consommation de médicaments psychotropes plus élevé. On note aussi parmi d'autres études que la violence ou l'intimidation au travail auraient aussi un effet sur cette consommation¹⁹.

Au-delà du travail lui-même, des conditions hors travail s'associeraient à la consommation de médicaments psychotropes : une faible satisfaction hors-travail et des problèmes extra-professionnels^{14,21,22}, l'interférence des demandes de la famille par rapport aux demandes du travail chez les femmes travaillant à

Affiliations des auteurs

1. Équipe de Recherche sur le Travail et la Santé Mentale (ERTSM), Université de Montréal, Montréal, QC

2. École de Relations Industrielles, Université de Montréal, Montréal, QC

Correspondance et demandes de réimpression : Marie-Eve Blanc, Ph.D., ERTSM, IRSPUM (Pavillon 7077 du Parc), local 534-26, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, QC H3C 3J7, Tel : 514-343-6111, poste 3686, Téléc. : 514-343-2334, Courriel : marie-eve.blanc@umontreal.ca.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

temps partiel²³. Aussi, le fait de vivre seul ou divorcé^{4,7,9,24}, ainsi qu'un faible soutien social hors travail⁶ augmenteraient le risque de consommer des médicaments.

Quant aux caractéristiques individuelles, quelques études ont montré que le genre féminin était associé à la consommation de médicaments psychotropes^{4,6,14,21,22}. L'âge serait aussi associé positivement avec l'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs^{6,7,9,13,22}. Quant aux traits de personnalité, seul le centre du contrôle serait associé négativement à la consommation de psychotropes⁴. Le centre du contrôle est l'ampleur avec laquelle l'individu considère que les choses de la vie sont sous son propre contrôle plutôt qu'attribuées à la fatalité ou aux autres. Les personnes qui en seraient doté pourraient mieux faire face au stress et avoir moins recours aux médicaments psychotropes. Également, des événements stressants dans les 12 derniers mois seraient un facteur aggravant de la consommation de médicaments psychotropes¹³. Le fait d'être un fumeur^{14,22} ou avoir un style de vie sédentaire étaient aussi associés à une plus forte consommation de psychotropes chez les travailleurs¹³.

En somme, l'état des connaissances fait ressortir l'influence du stress au travail sur la consommation de psychotropes, mais les limites des études relatives aux échantillons et aux devis des enquêtes justifient des efforts supplémentaires de recherche pour bien saisir les articulations complexes entre le travail, la famille, le réseau social, la communauté locale et les caractéristiques personnelles qui favorisent le développement de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes en emploi.

Cette étude a pour objectif d'évaluer la contribution du travail sur le développement de la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre canadienne, en ajustant pour les caractéristiques de la personne, de la famille, du réseau social et de la communauté locale.

MÉTHODES

Nous avons utilisé les données des cinq premiers cycles (cycle 1=1994-1995, cycle 5=2002-2003) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada. L'ENSP fournit des données longitudinales sur un large pan de la population canadienne suivie tous les deux ans depuis 1994-1995 et comporte 17 276 individus. Le taux de réponse varie selon les cycles de 80,6 à 93,6 %. Nous avons sélectionné pour notre étude un panel composé des personnes âgées de 15 à 55 ans en emploi au cycle 1. Pour établir l'incidence, les répondants du cycle 1 identifiés comme ne consommant pas de médicaments psychotropes ont été retenus. Au total 7 020 travailleurs nichés dans 1 347 communautés locales ne consommaient pas de médicaments psychotropes au cycle 1 et ont constitué le groupe à risque susceptible de commencer à consommer des médicaments psychotropes au cours de la période à l'étude.

La consommation de médicaments psychotropes était mesurée en fonction de la consommation au cours des deux derniers jours ou au cours du dernier mois⁵. Pour la consommation de psychotropes au cours des deux derniers jours, la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁵ a été utilisée : anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs, psychostimulants, psycholeptiques, psychoanaleptiques. Pour le dernier mois, l'ENSP documente la consommation de tranquillisants, d'antidépresseurs et/ou de somnifères. La consommation de médicaments psychotropes est codée 1 pour les

répondants ayant consommé, soit au cours des deux derniers jours, soit au cours du dernier mois; et codée 0 pour les personnes n'ayant pas consommé.

Pour la *profession*, nous avons utilisé la variable de profession en 47 catégories dérivée de la Classification Type des Professions à quatre codes (CTP-91) de Statistique Canada qui comporte 139 professions. Ensuite nous avons regroupé les 47 professions en 6 catégories (cadres supérieurs, par exemple cadre supérieur de l'administration publique; directeurs, par exemple directeur des ressources humaines; superviseurs, par exemple surveillant dans la fabrication automobile; professionnels, par exemple vérificateur comptable; cols blancs, par exemple commis de soutien administratif; et cols bleus, par exemple manutentionnaire). Les *variables du travail* étaient mesurées au moyen de questions adaptées du Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek²⁶, incluant l'utilisation des compétences (3 items, $\alpha=0,53$), la latitude décisionnelle (2 items, $\alpha=0,65$), les demandes psychologiques (2 items, $\alpha=0,35$), les demandes physiques (1 item), le soutien social au travail (3 items, $\alpha=0,42$) et l'insécurité au travail (1 item). Le détail des questions du JCQ est présenté à l'annexe 1. La fiabilité de ces échelles calculée sur des mesures répétées variaient entre 0,68 et 0,86, ce qui indique une stabilité des concepts dans le temps²⁷. Parmi les variables du travail, étaient mesurées les heures travaillées, c'est-à-dire le nombre total d'heures travaillées dans l'emploi principal et dans les autres emplois, ainsi que l'horaire de travail irrégulier (0=horaire normal de jour, 1=horaire de soir, de nuit, rotatif, brisé, sur appel et autre). La dichotomisation de cette dernière variable est justifiée par le fait que les atteintes à la santé mentale (détresse psychologique et dépression) sont plus importantes sur des horaires de travail irrégulier autant chez les hommes que chez les femmes²⁸⁻³¹.

Les *variables de la famille* incluaient le statut marital (1=couple, 0=autres); le statut parental selon les groupes d'âge des enfants (0-5 ans, 6-11 ans, 12-24 ans); le revenu du ménage classé en 5 rangs de suffisance économique établit par Statistique Canada; les tensions avec le conjoint (3 items, vrai-faux au sujet de la compréhension, de l'affection et de l'engagement du conjoint) et les tensions avec les enfants (2 items, vrai-faux au sujet d'un enfant malheureux et d'un enfant source de problèmes) de Wheaton³².

Le *réseau social* était mesuré à l'aide d'une échelle du soutien social en 4 items (un soutien en cas de crise, un soutien affectif, un confident, un soutien qui suggère des solutions). Chaque item est codé de 1 (jamais) à 5 (tout le temps), puis dichotomisé : 1=parfois, la plupart du temps et tout le temps; 0=jamais et rarement. Ensuite on a fait la somme des items et l'a dichotomisée (1=4, soit soutien élevé; 0=0 à 3, soit soutien faible).

Les *caractéristiques individuelles* étaient mesurées par le genre (0=homme, 1=femme); l'âge (en années); l'état de santé physique mesuré par le nombre de problèmes de santé physique; l'estime de soi en 6 items de Rosenberg³³; le centre du contrôle en 7 items de Pearlin et Schooler³⁴, le sentiment de cohésion en 13 items d'Antonovsky³⁵, qui fait référence au sentiment que les événements de la vie ont un sens et sont compréhensibles, gérables et signifiants pour l'individu; l'usage du tabac (nombre de cigarettes fumées par semaine); l'activité physique (nombre de séquence ≥ 15 minutes par mois) et les événements stressants dans l'enfance en 7 items de Wheaton³². Enfin, la *communauté locale* était mesurée par le secteur de recensement (SR) en zones urbaines et par la subdivision de recensement (SDR) en zones rurales. Les SR sont de petites unités

Tableau 1. Statistiques descriptives de l'échantillon sélectionné au cycle 1 (1994-1995), n=7 020

	Min. - Max.	Moyenne/ %	Écart-type
Professions			
Cadres supérieurs	0-1	0,42 %	–
Directeurs	0-1	7,35 %	–
Superviseurs	0-1	4,36 %	–
Professionnels	0-1	15,49 %	–
Cols blancs	0-1	48,50 %	–
Cols bleus	0-1	23,88 %	–
Caractéristiques du travail			
Utilisation des compétences	0-12	7,09	2,27
Latitude décisionnelle	0-8	5,38	1,80
Demandes psychologiques	0-8	4,51	1,77
Demandes physiques	0-4	2,07	1,27
Soutien social	0-12	8,00	1,96
Insécurité du travail	0-4	1,54	1,17
Heures travaillées (total des heures à tous les emplois)	nd	43,42	20,82
Horaires de travail (irrégulier)	0-1	22,56 %	–
Famille			
Statut marital (couple)	0-1	66,63 %	–
Enfant de 0 à 5 ans	0-1	22,21 %	–
Enfant de 6 à 11 ans	0-1	22,31 %	–
Enfant de 12 à 24 ans	0-1	31,67 %	–
Revenu du ménage (suffisance en 5 catégories)	1-5	3,73	0,97
Tensions avec le conjoint	0-1	0,19	0,56
Tensions avec les enfants	0-1	0,24	0,54
Réseau social			
Soutien social hors travail (élevé)	0-1	86,10 %	–
Caractéristiques de l'individu			
Genre (féminin)	0-1	44,28 %	–
Âge (en années)	15-55	35,41	10,30
État de santé physique (nombre de conditions chroniques)	nd	0,75	1,05
Estime de soi	0-24	20,47	2,85
Centre du contrôle	0-28	20,29	3,99
Sentiment de cohésion	0-78	59,12	11,17
Cigarettes (nombre/jour)	nd	4,93	9,46
Activités physiques (nombre de périodes de 15 min/mois)	nd	19,75	21,14
Événements stressants dans l'enfance (avant 18 ans)	0-7	0,84	1,13

Notes: nd = non disponible

Les restrictions proviennent du Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) en ce qui a trait à la divulgation des valeurs minimum et maximum de certaines variables qui pourraient permettre l'identification de certains répondants.

géographiques (de 2 500 à 8 000 habitants), dont les caractéristiques socioéconomiques sont homogènes. Les SDR correspondent aux petites villes et municipalités.

Au plan des analyses, les données ont une structure hiérarchique dans laquelle les travailleurs (niveau 1) sont nichés dans les communautés (niveau 2). Des modèles multiniveaux de régression de survie à temps discret³⁶ ont été estimés avec le logiciel MLwiN, version 2.02³⁷. Cette méthode permettait de tenir compte des effets de plan de l'ENSP et d'évaluer le pourcentage de la variance entre les communautés, ainsi que d'estimer les contributions de la profession, des conditions de l'organisation du travail, de la situation familiale, du réseau social hors travail et des caractéristiques individuelles. Nous avons également testé les effets d'interaction du genre avec la profession et les conditions de travail séparément.

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'échantillon au cycle 1.

Un premier modèle de régression logistique multiniveaux permet d'estimer l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes. En prenant l'antilog de la constante (modèle de base

sans les variables indépendantes), le risque moyen de commencer à consommer des médicaments psychotropes chez les travailleurs au bout de 8 ans s'établit à 3,5 % (IC 95%=3,2 %-3,9 %). De plus, le logit de l'apparition d'une première consommation de médicaments psychotropes varie significativement entre les communautés locales. La corrélation intraclasse a été estimée à 0,146, ce qui signifie que 14,6 % de la variation de l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes se trouve entre les communautés locales.

Le tableau 2 présente les résultats des analyses multiniveaux une fois introduites les variables indépendantes. Le modèle 2 montre que le risque de commencer à consommer des médicaments psychotropes chez les travailleurs ne varie pas significativement au fil du temps.

Le modèle 3 présente les effets de la profession et des caractéristiques du travail et montre que seulement les demandes psychologiques, le soutien social et les heures travaillées sont significatifs. Les modèles 4 et 5 contrôlent pour la famille et le réseau social; seul le soutien social au travail n'est plus significatif lorsqu'on ajoute les variables de la famille, mais l'est de nouveau lorsqu'on ajoute seulement le soutien social hors travail. Le modèle 6 contrôle pour les caractéristiques de l'individu qui contribuent à faire disparaître les effets significatifs des variables du travail. Le modèle 7, modèle final, tient compte de toutes les variables et montre que seules les heures travaillées sont encore significatives. Également, il ne reste plus aucun effet des variables hors-travail (famille et réseau social) puisque les tensions avec le conjoint et le soutien social hors travail ne sont plus significatifs en comparaison avec les modèles 4 et 5. Cependant toutes les variables de l'individu reliées au genre, à l'âge, à l'état de santé physique, au centre du contrôle, au sentiment de cohésion, au fait de fumer et aux événements stressants dans l'enfance maintiennent leurs contributions au modèle final comme au modèle 6. De plus, le risque de débiter une consommation de médicaments psychotropes continue encore à varier entre les communautés locales, puisque la variation a même augmenté et se situe à 17,4 %.

Enfin, les interactions pour le genre ont été testées, mais aucune n'a été trouvée significative. Les résultats donnent $\chi^2=4,69$, $df=5$, $p=0,45$ pour la profession et $\chi^2=4,82$, $df=8$, $p=0,78$ pour les conditions de l'organisation du travail.

DISCUSSION

Sur une période de 8 ans, l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes est relativement faible (3,5 %), et ne semble pas varier significativement dans le temps. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'avec le temps passé sur le marché du travail, les conditions de vie des individus ont plutôt tendance à s'améliorer, produisant une diminution de la détresse psychologique par exemple⁶. D'autres études ont d'ailleurs observé à travers le temps soit une diminution de la consommation¹⁴, soit une stabilisation ou une légère augmentation dépendamment du type de médicaments psychotropes³⁸. Dans notre étude, nous n'avons pas différencié les types de médicaments psychotropes et une étude selon le type de médicaments psychotropes apporterait des précisions sur le développement d'une nouvelle consommation.

La profession n'a pas montré de contribution significative, ce qui peut s'expliquer par la multiplicité des variables individuelles prise en compte dans le modèle final. Par ailleurs, les catégories profes-

Tableau 2. Modèles de régression de survie multiniveaux à temps discrets pour la consommation de médicaments psychotropes

	Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6		Modèle 7	
	RC	IC 95%	RC	IC 95%	RC	IC 95%	RC	IC 95%	RC	IC 95%	RC	IC 95%
Temps												
Cycle 3	0,98	0,72-1,33	0,99	0,72-1,36	0,99	0,72-1,37	1,00	0,72-1,38	1,07	0,76-1,50	1,05	0,75-1,47
Cycle 4	1,13	0,84-1,51	1,14	0,84-1,55	1,16	0,84-1,60	1,15	0,84-1,58	1,20	0,88-1,65	1,18	0,85-1,63
Cycle 5	1,28	0,96-1,70	1,29	0,96-1,73	1,30	0,95-1,79	1,30	0,97-1,76	1,29	0,94-1,76	1,25	0,91-1,72
Professions												
Cadres supérieurs (réf)			1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Directeurs			1,04	0,31-3,44	1,03	0,31-3,43	1,02	0,31-3,38	0,94	0,29-3,05	0,96	0,29-3,14
Superviseurs			0,83	0,26-2,69	0,80	0,24-2,61	0,81	0,25-2,64	0,76	0,23-2,45	0,76	0,23-2,50
Professionnels			1,15	0,35-3,74	1,14	0,35-3,74	1,14	0,35-3,71	0,99	0,30-3,27	0,99	0,30-3,25
Cols blancs			1,12	0,35-3,60	1,08	0,33-3,52	1,10	0,34-3,55	0,89	0,27-2,87	0,91	0,28-2,97
Cols bleus			0,71	0,21-2,39	0,69	0,20-2,37	0,69	0,21-2,33	0,64	0,19-2,15	0,66	0,20-2,25
Caractéristiques du travail												
Utilisation des compétences			1,03	0,97-1,10	1,03	0,97-1,10	1,03	0,97-1,10	1,05	0,99-1,12	1,04	0,98-1,11
Latitude décisionnelle			0,96	0,89-1,02	0,96	0,90-1,03	0,96	0,89-1,02	0,98	0,92-1,05	0,98	0,92-1,05
Demandes psychologiques			1,09*	1,01-1,17	1,09*	1,01-1,17	1,09*	1,01-1,18	1,05	0,98-1,13	1,05	0,97-1,13
Demandes physiques			1,01	0,93-1,11	1,01	0,92-1,10	1,02	0,93-1,11	1,00	0,92-1,10	1,01	0,92-1,11
Soutien social			0,94*	0,88-1,00	0,95	0,89-1,01	0,94*	0,88-1,00	0,97	0,91-1,04	0,97	0,91-1,04
Insécurité du travail			1,05	0,93-1,19	1,05	0,93-1,18	1,05	0,93-1,19	0,99	0,88-1,12	0,99	0,88-1,12
Heures travaillées (total)			0,99*	0,98-1,00	0,99**	0,98-1,00	0,99*	0,98-1,00	0,99	0,99-1,00	0,99*	0,98-1,00
Horaire de travail (irrégulier)			0,76	0,57-1,01	0,76	0,57-1,01	0,76	0,58-1,01	0,77	0,58-1,03	0,77	0,58-1,03
Famille												
Statut marital (couple)					0,81	0,61-1,08					0,79	0,58-1,07
Enfant de 0 à 5 ans					0,75	0,53-1,07					0,98	0,67-1,43
Enfant de 6 à 11 ans					0,95	0,71-1,28					1,14	0,83-1,56
Enfant de 12 à 24 ans					1,00	0,78-1,28					1,05	0,81-1,35
Revenu du ménage					1,00	0,86-1,15					1,07	0,94-1,24
Tensions avec le conjoint					1,36**	1,14-1,64					1,20	0,99-1,46
Tensions avec les enfants					1,19	1,00-1,41					0,95	0,80-1,14
Réseau social												
Soutien social hors travail (élevé)							1,23**	0,82-1,83			1,06	0,71-1,59
Caractéristiques de l'individu												
Genre (féminin)									1,34*	1,03-1,75	1,32*	1,00-1,73
Âge									1,02**	1,01-1,03	1,02**	1,01-1,03
État de santé physique									1,32**	1,23-1,43	1,33**	1,23-1,43
Estime de soi									0,99	0,95-1,04	0,99	0,95-1,03
Centre du contrôle									0,96*	0,93-0,99	0,96*	0,93-0,99
Sentiment de cohésion									0,98**	0,97-0,99	0,98**	0,97-0,99
Cigarettes									1,02**	1,01-1,04	1,02**	1,01-1,04
Activités physiques									1,00	0,99-1,00	1,00	0,99-1,00
Événements stressants dans l'enfance									1,12*	1,02-1,23	1,12*	1,02-1,23
Partie aléatoire du modèle	Estimation		Estimation		Estimation		Estimation		Estimation		Estimation	
σ^2 Communauté	0,613**		0,689**		0,656**		0,696**		0,748**		0,695**	
Ajustement												
χ^2	4,189		58,72**		86,61**		58,66**		217,19**		256,42**	
(dl)	(3)		(16)		(23)		(17)		(25)		(33)	

Notes: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

sionnelles regroupent plusieurs professions, ce qui a pour effet d'éliminer les variations de la consommation à l'intérieur de ces groupes. Cependant, sur le plan des conditions de l'organisation du travail, seules les heures travaillées favorisent une diminution du risque de débiter une consommation de médicaments psychotropes – ce qui pourrait signifier qu'un travail à temps plein protège davantage le travailleur de débiter une médication psychotrope. Ce résultat vient donc confirmer ceux d'une autre étude qui montre encore que les employées temporaires sont plus à risque de consommer ces médicaments que les permanentes¹⁸.

Au-delà du travail, les résultats soulèvent un rôle important des facteurs hors-travail et individuels. Ainsi, l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes varie aussi entre les communautés locales, ce qui ouvre une nouvelle avenue de recherche pour le futur. En effet, il y a très peu d'études qui mettent en relation les facteurs du travail et ceux de l'environnement plus large du travailleur et de sa famille. Pourtant, cet environnement a beaucoup changé ces dernières années avec l'avènement de la société des loisirs et les structures de la famille qui ne sont plus les mêmes; par exemple, une famille, parfois recomposée, dont les adultes-travailleurs s'occupent d'enfants sans avoir de liens de sang avec eux. Les chercheurs sont d'accord sur le fait que le travail et la

famille sont intimement liés au contexte des communautés dans lesquelles ils se situent³⁹. Les communautés représentent des espaces et des réseaux sociaux dans lesquelles le travailleur peut puiser des ressources (exemples : services de garde, transports en commun, etc.), mais peut aussi en subir des contraintes (exemples : délinquance, pollution, etc.). Quelques chercheurs se sont essayés à tester les variables du travail avec le lieu de vie du travailleur et il semble que les caractéristiques de la communauté locale ont une influence sur le niveau de stress de ce dernier⁴⁰. Par ailleurs, le fait d'être une femme et d'être plus âgé, d'avoir un faible état de santé physique, un centre de contrôle externe, un faible sentiment de cohésion, le tabagisme et les événements stressants dans l'enfance jouent un rôle plus crucial et déterminant dans la survenue d'une consommation de médicaments psychotropes.

Cependant, notre étude possède des limites. En effet, les échelles de Karasek, adaptées pour l'ENSP, c'est-à-dire les échelles d'utilisation des compétences, de latitude décisionnelle, des demandes psychologiques et de soutien social au travail ont une très faible consistance interne, ce qui a pour effet d'atténuer les associations de l'incidence de la consommation de médicaments psychotropes. Bien que l'échelle de demande psychologique ait une validité plus limitée, l'échelle mesurant la latitude décisionnelle obtient une

Annexe 1. Questions du Job Content Questionnaire présentes dans l'ENSP

Utilisation des compétences	Adaptée de Karasek (1985). Échelle additive 3 items en 5 points (0=tout à fait en accord, 4=entièrement en désaccord) : votre travail exige l'acquisition de nouvelles connaissances; votre travail exige un niveau élevé de compétence; votre travail consiste à toujours faire la même chose (inversé). Alpha=0,53
Pouvoir décisionnel	Adapté de Karasek (1985). Échelle additive 2 items (0=tout à fait en accord, 4=entièrement en désaccord) : vous êtes libre de décider de votre façon de travailler; vous avez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail. Alpha=0,65
Demandes psychologiques	Adaptées de Karasek (1985). Échelle additive 2 items en 5 points (0=tout à fait en accord, 4=entièrement en désaccord) : votre travail est frénétique (inversé); vous êtes exempt(e) de demandes opposées que vous font les autres. Alpha=0,35
Demandes physiques	Adaptées de Karasek (1985). 1 item en 5 points : (0=tout à fait en accord, 4=entièrement en désaccord) : votre travail demande beaucoup d'efforts physiques (inversé).
Soutien social	Adapté de Karasek (1985). Échelle additive 3 items en 5 points (0=tout à fait en accord, 4=entièrement en désaccord) : vous êtes exposé(e) à de l'hostilité ou aux conflits de vos collègues (inversé); votre surveillant facilite l'exécution du travail; vos collègues facilitent l'exécution du travail. Alpha=0,42
Insécurité d'emploi	Adaptée de Karasek (1985). 1 item en 5 points : (0=tout à fait en accord, 4=entièrement en désaccord) : vous avez une bonne sécurité d'emploi.

bonne validité⁴¹. Aussi, une consistance interne modérée de la version abrégée du JCQ dans l'ENSP n'entraîne pas un problème important de sensibilité⁴². Par ailleurs, les périodes de deux années qui séparent chaque cycle de l'ENSP introduisent un degré d'erreur dans l'estimation des variations temporelles de la consommation de médicaments psychotropes. Enfin, l'ENSP ne tient pas compte des facteurs du travail liés à l'environnement physique (le bruit, la poussière, les conditions climatiques, etc.), des styles de gestion et de supervision, ni des ressources disponibles en santé et en sécurité au travail. Enfin, cette étude analyse le développement d'un seul épisode de consommation de médicaments psychotropes assumant que la personne ne consommait pas au cycle 1. Or, la consommation de tels médicaments n'est assurément pas un événement unique et pourrait se répéter dans le temps avec des intervalles d'absence de consommation. Ce faisant, d'autres études sont nécessaires pour comprendre comment se profile la consommation de médicaments psychotropes au fil du temps et d'examiner comment le travail s'y associe.

Malgré ces limites, les données de l'ENSP semblent suggérer une contribution plutôt limitée du travail sur le développement de la consommation de médicaments psychotropes sur une période de 8 ans. Toutefois, les caractéristiques individuelles semblent expliquer davantage le développement de cette consommation. Par conséquent, d'autres recherches sont nécessaires afin de mieux saisir les patrons de cette consommation qui se tissent au fil du temps chez les travailleurs.

RÉFÉRENCES

1. Beck CA, Williams JVA, Wang JL, Kassam A, El-Guebaly N, Currie SR, et coll. Psychotropic medication use in Canada. *Can J Psychiatry* 2005;50(10):605-13.
2. Hemels MEH, Koren G, Einarson TR. Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000. *Ann Pharmacother* 2002;36:1375-79.
3. Health Canada. Economic Burden of Illness in Canada, 1998. Ottawa, ON: Health Canada, 2002.

4. McDonough P. Job insecurity and health. *Int J Health Serv* 2000;30(3):453-76.
5. Durand P, Marchand A, Simard M, Demers A, Collin J. Déterminants professionnels de la détresse psychologique, de l'abus d'alcool et de la consommation de médicaments psychotropes: Analyse secondaire de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2004.
6. Marchand A, Durand P, Simard M, Colin J, Demers A. Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes: changer d'emploi y est-il pour quelque chose? Dans : Actes du colloque «Transitions professionnelles et risques», XIII^{ème} journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail. Aix-en-Provence, France: Céreq, 2006.
7. Cohidon C, Alla F, Chau N, Michaely JP. Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale. *Sante Publique* 2005;17(3):325-38.
8. Kovess V, Labarte S, Olivier JC. Modèles de soins et catégories socioprofessionnelles à partir des données recueillies par le DIM du dispositif psychiatrique de la MGEN. *L'Encéphale* 2001;XXVII:205-11.
9. Pelfrene E, Vlerick P, Moreau M, Mak RP, Kornitzer M, De Backer G. Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study. *Soc Sci Med* 2004;59(2):433-42.
10. Matano RA, Wanat SE, Westrup D, Koopman C, Whitsell SD. Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce. *J Behav Health Serv Res* 2002;29(1):30-44.
11. Legleye S, Beck F. Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France. *Revue Toxicol* 2004;15:12-15.
12. Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Aromaa A, et coll. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2007;98(3):189-97.
13. Moisan J, Bourbonnais R, Brisson C, Gaudet M, Vézina M, Vinet A, et coll. Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Work & Stress* 1999;13(4):289-98.
14. Lapeyre-Mestre M, Sulem P, Niezborala M, Ngoundo-Mbongue TB, Briand-Vincens D, Jansou P, et coll. Conduite dopante en milieu professionnel: étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine. *Thérapie* 2004;59(6):615-23.
15. Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, Stafford M, Wilkinson R, Schneider J, et coll. Low workplace social capital as a predictor of depression: The Finnish Public Sector Study. *Am J Epidemiol* 2008;167:1143-51.
16. Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, et coll. The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2008;115(1-2):36-45.
17. Kivimäki M, Honkonen T, Wahlbeck K, Elovainio M, Pentti J, Klaukka T, et coll. Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(2):154-58.
18. Virtanen M, Kivimäki M, Ferrie JE, Elovainio M, Honkonen T, Pentti J, et coll. Temporary employment and antidepressant medication: A register linkage study. *J Psychiatr Res* 2008;42(3):221-29.
19. Traweger C, Kinz J, Traweger-Ravanelli B, Fiala M. Psychosocial factors at the workplace—do they affect substance use? Evidence from the Tyrolean workplace study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004;13(6):399-403.
20. Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BioMed Central Public Health* 2005;5(1):67.
21. Lapeyre-Mestre M, Chastan E, Louis A, Montastruc JL. Drug consumption in workers in France: A comparative study at a 10-year interval (1996 versus 1986). *J Clin Epidemiol* 1999;52(5):471-78.
22. Ngoundo-Mbongue TB, Niezborala M, Sulem P, Briand-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P, et coll. Psychoactive drug consumption: Performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14(2):81-89.
23. Nylen L, Melin B, Laflamme L. Interference between work and outside-work demands relative to health: Unwinding possibilities among full-time and part-time employees. *Int J Behav Med* 2007;14(4):229-36.
24. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique: résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24(5):471-79.
25. World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index including Defined Daily Doses (DDDs) for Plain Substances. Oslo, Norway: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 1994.
26. Karasek R, Gordon G, Pietrokovsky C, Frese M, Pieper C, Schwartz J, et coll. *Job Content Questionnaire: Questionnaire and Users' Guide*. Lowell, MA: University of Massachusetts, 1985.
27. Carmines EG, Zeller RA. *Reliability and Validity Assessment*. Beverly Hills, CA: Sage, 1979.
28. Shields M. Shift work and health. *Health Reports* 2002;13(4):11-33.
29. Gilmour H, Patten SB. La dépression et les problèmes au travail. *Rapports sur la santé* 2007;18(1):9-23.
30. Scott AJ. Shift work and health. *Prim Care* 2000;27(4):1057-79.

31. Scott AJ, Monk TH, Brink LL. Shiftwork as a risk factor for depression: A pilot study. *Int J Occup Environ Health* 1997;3(3):s2-s9.
32. Wheaton B. "Sampling the stress universe". Dans : Avison WR, Gotlib IH (Eds.), *Stress and Mental Health Contemporary Issues and Prospects for the Future*. New York, NY: Plenum Press, 1994;77-114.
33. Rosenberg M. *Conceiving the Self*. New York: Basic Books, 1979.
34. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978;19(Mars):2-21.
35. Antonovsky AG. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.
36. Willett JB, Singer JD, Martin NC. The design and analysis of longitudinal studies of development and psychopathology in context: Statistical models and methodological recommendations. *Dev Psychopathol* 1998;10(2):395-426.
37. Rasbash J, Brown W, Goldstein H, Yang M, Plewis I, Healey M, et coll. *A User's Guide to MwiN. Version 2.1a*. London, UK: Multilevel Models Project, Institute of Education, University of London, 2000.
38. Kivimaki M, Gunnell D, Lawlor DA, Davey Smith G, Pentti J, Virtanen M, et coll. Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: A longitudinal register study. *Psychol Med* 2007;37(3):373-82.
39. Voydanoff P (Ed.). *Work, Family, and Community. Exploring Interconnections*. Series in Applied Psychology, Fleishman EA, Cleveland JN (Eds.). Mahwah, New Jersey; London: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.
40. Muntaner C, Li Y, Xue X, Thompson T, Chung H, O'Campo P. County and organizational predictors of depression symptoms among low-income nursing assistants in the USA. *Soc Sci Med* 2006;63:1454-65.
41. Brisson C, Larocque B. Validité des indices de demande psychologique et de latitude décisionnelle utilisés dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994-1995. *Can J Public Health* 2001;92(6):468-74.
42. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med* 2005;35(6):865-71.

ABSTRACT

Objectives: This study aims to examine the contribution of work and other social determinants to the onset of psychotropic drug use among workers over an 8-year period.

Methods: The study is based on a secondary analysis of the longitudinal data of the National Population Health Survey (NPHS) of Statistics Canada carried out between 1994-1995 and 2002-2003. A panel of 7,338 people aged 15 to 55 and employed at cycle 1 was selected. To establish the incidence rate, we included those participants identified at cycle 1 as not using psychotropic drugs. Overall, 7,020 people in 1,347 local communities did not use psychotropic drugs at cycle 1 and constituted the group at risk in the study. Discrete time survival multilevel regression models were used.

Results: The onset of psychotropic drug use was estimated at 3.5% over the 8-year period studied. With the exception of the number of hours worked, occupations and other work characteristics measured in the NPHS do not show a significant contribution. Being a woman, age, physical health, smoking and stressful childhood events support an increased risk of psychotropic drug use, whereas certain personality traits decreased the risk of psychotropic drug use.

Conclusions: The work factors measured in the NPHS seem to play a limited role in the incidence of psychotropic drug use. More research is needed to better capture patterns of workers' psychotropic drug use over time.

Key words: Psychotropic drugs; occupation; organizational work conditions; non-work factors; individual factors; longitudinal studies; multilevel analysis