Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Travail, détresse psychologique et médicaments psychotropes : une analyse des données de l'ESCC 2.1

Alain Marchand, Annick Parent-Lamarche et Marie-Ève Blanc
Université de Montréal

RÉSUMÉ

Cet article analyse le rôle de la profession et des conditions de l'organisation du travail sur la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre canadienne. Les résultats obtenus à partir des données du cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1) suggèrent une contribution limitée du travail aux problèmes de détresse psychologique et de consommation de médicaments psychotropes, alors que la famille, la communauté locale et les caractéristiques individuelles apparaissent plus importantes pour expliquer la présence de ces problèmes de santé mentale.

Mots clés : détresse psychologique, médicaments psychotropes, conditions de l'organisation du travail, professions, facteurs hors-travail, facteurs individuels

La détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre prennent des proportions préoccupantes. Au Canada, 43 % des personnes en emploi avaient vécu au moins un épisode de détresse psychologique entre 1994–1995 et 2000–2001, et près de 19 % des épisodes multiples (Marchand, Demers et Durand, 2005a). La détresse psychologique peut être définie en référence à un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux non spécifique à une pathologie

Alain Marchand, École de relations industrielles, Université de Montréal, et Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale (ERTSM), Université de Montréal ; Annick Parent-Lamarche, École de relations industrielles, Université de Montréal, et Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale (ERTSM), Université de Montréal ; Marie-Ève Blanc, Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale (ERTSM), Université de Montréal.

Ce travail a bénéficié d'un soutien financier du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) [2007-NP-112908]. Les auteurs sont aussi reconnaissants à Statistique Canada pour l'accès aux données grâce au Centre de données de recherches (CDR) du Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) à l'Université de Montréal.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Alain Marchand, École de relations industrielles, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7. Tél : 514-343-6111, poste 1288. Téléc : 514-343-5764. Courriel : alain.marchand@umontreal.ca

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

donnée (Dohrenwend, Shrout, Egri et Mendelsohn, 1980). On estime également que 8 % des travailleuses et travailleurs canadiens avaient utilisé au cours du dernier mois un médicament de type tranquillisants, antidépresseurs, analgésiques narcotiques, morphine ou somnifères en 1994–1995 (McDonough, 2000), et 11 % d'entre eux auraient consommé au moins un médicament psychotrope entre 1994–1995 et 1998–1999 (Durand, Marchand, Simard, Demers et Collin, 2004). Les coûts annuels associés aux atteintes à la santé mentale approcheraient les 51 milliards de dollars (Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher et Dewa, 2008). Cet article présente les résultats d'une recherche portant sur le rôle de la profession et des conditions de l'organisation du travail sur la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre canadienne.

CONTEXTE ET MODÈLE D'ANALYSE

Les caractéristiques et conditions de travail mises en lien avec les problèmes de détresse psychologique et de consommation de médicaments psychotropes chez les individus au travail sont nombreuses. Au plan théorique, certains modèles ont été proposés pour expliquer la survenance de ces problèmes, alors que des recherches se sont concentrées sur l'identification de professions ou de conditions de l'organisation du travail à risque. Par ailleurs, la littérature soulève aussi le rôle de facteurs hors-travail : situation familiale et caractéristiques individuelles.

Les modèles explicatifs

Trois grands modèles théoriques ont été proposés pour expliquer la santé mentale au travail. Le modèle « demandes-contrôle » postule que la combinaison de fortes demandes imposées par l'organisation du travail accompagnées d'une faible latitude décisionnelle génèrent une tension ou un stress pouvant favoriser le développement de problèmes de santé mentale (Karasek, 1979). La latitude décisionnelle se définit par la somme de l'ensemble des éléments reliés à l'utilisation des compétences qui sollicite, chez l'individu, les habilités, les qualifications et la possibilité d'en développer de nouvelles, ainsi qu'à l'autorité décisionnelle conférée dans l'exécution de ses tâches.

Dans ce modèle, les demandes peuvent être physiques (ex : soulever des charges lourdes, contraintes thermiques, bruits, substances toxiques, etc.) ou psychologiques conceptualisées selon une seule dimension avec des éléments liés au rythme de travail, à la quantité de travail et aux demandes conflictuelles (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990). Cependant, elles peuvent également être conceptualisées en termes de demandes émotionnelles (ex : agressivité des clients et clientes, être confronté à la souffrance d'autrui) (de Jonge, Mulder et Nijhuis, 1999 ; Van Vegchel, de Jonge, Meijer et Hamers, 2001), ou à des dimensions liées à la surcharge, le conflit, l'insuffisance, l'ambiguïté et la frontière du rôle (Baba, Galperin et Lituchy, 1999 ; Mak et Mueller, 2001 ; Reissman, Orris, Lacey et Hartman, 1999 ; Singh, 2000).

Le modèle « demandes-contrôle-soutien » prédit que le niveau de tension est à son apogée lorsque la travailleuse ou le travailleur est soumis à de fortes demandes psychologiques et à une faible latitude décisionnelle combinées à un faible soutien social au travail des collègues et des supérieurs et supérieures (Karasek et Theorell, 1990). Le soutien social au travail désigne toute interaction sociale qui est synonyme d'aide, autant dans sa dimension instrumentale qu'émotionnelle, et de reconnaissance. Il répond au besoin de l'individu

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

de se faire reconnaître et d'être appuyé dans l'exercice de ses fonctions, tout en étant une source de plaisir et de compensation pour les efforts et la souffrance au travail (Dejours, 1993). Un fort soutien social peut ainsi modérer l'effet de fortes demandes et d'une faible latitude décisionnelle.

Le modèle du « déséquilibre efforts-récompenses » pose que les efforts déployés et demandés au travail constituent une partie du processus d'échange socialement organisé dans lequel la société, dans son ensemble, contribue en terme de récompenses liées au travail. Il soutient qu'un niveau élevé d'efforts extrinsèques (demandes du travail et obligations) et un bas niveau de récompenses (argent, reconnaissance, sécurité d'emploi et opportunité de carrière) combinés à un surengagement de l'individu à son travail sont susceptibles de générer du stress au travail (Siegrist, 1996).

Au total, les composantes de ces trois modèles sont le plus souvent soutenues par la recherche empirique sur les problèmes de détresse psychologique et de consommation de médicaments psychotropes (Marchand et Blanc, 2010a ; Marchand, Demers et Durand, 2005a), mais les hypothèses d'interaction entre les composantes de ces modèles (latitude décisionnelle, demandes, soutien social/efforts, récompenses, surengagement) sont rarement confirmées (Bonde, 2008).

Professions

Au-delà de ces modèles théoriques, certaines études soutiennent un rôle de la profession dans la détresse psychologique et l'usage de médicaments psychotropes, en partant de l'hypothèse que les conditions de travail propres à certaines professions seraient plus pénibles et entraîneraient ainsi une tension plus importante à l'individu (Karasek et Theorell, 1990 ; MacDonald, Karasek, Punnett et Scharf, 2001). En regard de la détresse psychologique, les cols bleus, cols blancs, semi-professionnel(le)s, superviseur(e)s et les employées et employés non qualifiés vivraient davantage de détresse psychologique comparativement aux cadres supérieurs (Biron, Brun et Ivers, 2008 ; Marchand, Durand et Demers, 2005 ; Matthews, Power et Stansfeld, 2001 ; Muntaner, Borrell, Benach, Pasarin et Fernandez, 2003 ; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel et David, 1998). Pour l'usage de médicaments psychotropes, la littérature est équivoque. Selon une étude islandaise, les travailleuses et travailleurs non qualifiés seraient plus à risque (Helgason, Tomasson et Zoega, 2003), alors que des chercheurs français et canadiens concluent que les cadres consommeraient davantage (Legleye et Beck, 2004 ; Marchand et Blanc, 2010a) ou que les cols blancs masculins seraient plus enclins à consommer des benzodiazépines (Pelfrene *et al.*, 2004).

Conditions de l'organisation du travail

Plus importante que la profession serait la contribution des conditions de l'organisation du travail pouvant se regrouper autour de quatre dimensions qui rassemblent les composantes des modèles demandes-contrôle, demandes-contrôle-soutien et déséquilibre efforts-récompenses (Marchand, Demers et Durand, 2005a) : la conception des tâches (utilisation des compétences et autorité décisionnelle), les demandes (physiques, psychologiques, contractuelles), les relations sociales (soutien social) et les gratifications (monétaires, reconnaissance, sécurité d'emploi et opportunité de carrière.

Au plan de la conception des tâches, une organisation des tâches qui favorise une plus grande utilisation des compétences ainsi qu'une plus grande autorité décisionnelle (contrôle sur les tâches, le rythme et

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

les procédures) est associée à un risque plus faible de détresse psychologique (Albertsen, Nielsen et Borg, 2001 ; Bourbonnais, Comeau et Vézina, 1999 ; Bourbonnais, Malenfant, Vézina, Jauvin et Brisson, 2005 ; Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990 ; Vermeulen et Mustard, 2000) et de consommation de médicaments psychotropes (Moisan *et al.*, 1999 ; Pelfrene *et al.*, 2002 ; Pelfrene *et al.*, 2004).

En regard des demandes du travail, les demandes physiques ont été associées à un risque plus élevé de détresse psychologique (de Jonge, van Breukelen, Landeweerd et Nijhuis, 1999 ; Marchand, Demers et Durand, 2005b), alors que les effets sur la consommation de médicaments psychotropes semblent très faibles (Marchand, Durand, Simard, Colin et Demers, 2006 ; McDonough, 2000 ; Pelfrene *et al.*, 2002). Les demandes psychologiques contribuent à faire augmenter les problèmes de détresse psychologique (Albertsen *et al.*, 2001 ; Bourbonnais, Comeau, Vézina et Dion, 1998 ; Bourbonnais *et al.*, 2005 ; Marchand, Demers et Durand, 2005b ; Paterniti, Niedhammer, Lang et Consoli, 2002 ; Vermeulen et Mustard, 2000), ainsi que le risque de consommer des médicaments psychotropes (Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006 ; Moisan *et al.*, 1999 ; Pelfrene *et al.*, 2002 ; Pelfrene *et al.*, 2004 ; Virtanen *et al.*, 2007). Pour les demandes contractuelles, le nombre d'heures travaillées et un horaire de travail irrégulier s'associeraient à une plus grande détresse psychologique (Hayasaka, Nakamura, Yamamoto et Sasaki, 2007 ; Hilton *et al.*, 2008 ; Marchand, Demers et Durand, 2005b ; Matthews *et al.*, 2001 ; Sekine, Chandola, Martikainen, Marmot et Kagamimori, 2006). Par ailleurs, une étude récente suggère que plus le nombre d'heures travaillées par semaine est élevé, plus faible est la consommation de médicaments psychotropes, mais l'horaire de travail serait non significatif (Marchand et Blanc, 2010a).

Les relations sociales au travail ont surtout été étudiées du point de vue du soutien social provenant des collègues et de la supervision. Plusieurs études rapportent un risque plus faible de détresse psychologique (Albertsen *et al.*, 2001 ; Bourbonnais *et al.*, 1998 ; Bourbonnais *et al.*, 2005 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a ; McDonough, 2000 ; Pomaki, Maes et Ter Doest, 2004 ; Vermeulen et Mustard, 2000) et de consommation de médicaments psychotropes plus faible (Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006 ; McDonough, 2000 ; Moisan *et al.*, 1999 ; Pelfrene *et al.*, 2002 ; Sinokki *et al.*, 2008) lorsque le soutien social au travail est élevé. Pour les gratifications, et en particulier la sécurité d'emploi, la plupart des recherches rapportent que l'insécurité d'emploi contribue à faire augmenter le risque de détresse psychologique (Bourbonnais *et al.*, 1998 ; Ibrahim, Smith et Muntaner, 2009 ; Ikeda *et al.*, 2009 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a ; McDonough, 2000 ; Rugulies, Bultmann, Aust et Burr, 2006) et de consommation de médicaments psychotropes (Lapeyre-Mestre *et al.*, 2004 ; Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006 ; McDonough, 2000).

Les facteurs hors-travail

Au-delà du travail lui-même, les facteurs extérieurs au travail sont également importants pour expliquer la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes.

Au plan de la situation familiale, le fait d'être en couple diminue le risque de détresse psychologique (Hayasaka *et al.*, 2007 ; Hilton *et al.*, 2008 ; Ikeda *et al.*, 2009 ; Marchand, Demers et Durand, 2005b ; Marchand, Durand et Demers, 2005) et de consommation de médicaments psychotropes (Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006 ; McDonough, 2000 ; Pelfrene *et al.*, 2002 ; Pelfrene *et al.*, 2004). La présence d'enfants à charge, en particulier les enfants de 0–5 ans, s'associerait à un plus faible niveau de détresse psychologique

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

(Marchand, Demers et Durand, 2005a ; Orpana, Lemyre et Gravel, 2009), mais il n'existe aucune étude à notre connaissance pour l'usage de médicaments psychotropes. Enfin, plus le revenu du ménage est élevé, plus faible est la détresse psychologique (Ikeda *et al.*, 2009 ; Orpana *et al.*, 2009) et la consommation d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques (Helgason *et al.*, 2003).

Le soutien social disponible à l'extérieur du milieu de travail est aussi important, car quelques études montrent qu'un faible soutien social hors-travail augmente le risque de détresse (Bourbonnais, Jauvin, Dussault et Vézina, 2007 ; Clays *et al.*, 2007 ; Plaisier *et al.*, 2007) et de consommation des médicaments psychotropes (Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006).

Les études se penchant sur le rôle de la communauté locale du travailleur ou de la travailleuse sont peu nombreuses, surtout en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes. On sait cependant qu'un faible niveau économique et social du voisinage et les inégalités économiques de la communauté augmentent les risques de symptômes dépressifs (Muntaner, Li, Xue, Thompson, Chung *et al.*, 2006 ; Muntaner, Li, Xue, Thompson, O'Campo *et al.*, 2006 ; Stafford et Marmot, 2003).

Les facteurs individuels

Plusieurs caractéristiques individuelles ont également été liées au problème de la détresse psychologique et de l'usage de médicaments psychotropes.

Les femmes sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique (Cherry, Chen et McDonald, 2006 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a, 2005b ; Marchand, Durand et Demers, 2005 ; Sanne, Mykletun, Dahl, Moen et Tell, 2003 ; Wieclaw, Agerbo, Mortensen et Bonde, 2005) et de consommer des médicaments psychotropes (Bœuf-Cazou, Lapeyre-Mestre, Niezborala et Montastruc, 2009 ; Harling, Strehmel, Schablon et Nienhaus, 2009 ; Helgason *et al.*, 2003 ; Lapeyre-Mestre, Chastan, Louis et Montastruc, 1999 ; Lapeyre-Mestre *et al.*, 2004 ; Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006 ; Matano, Wanat, Westrup, Koopman et Whitsell, 2002 ; McDonough, 2000 ; Ngoundo-Mbongue *et al.*, 2005 ; Virtanen *et al.*, 2008). Par ailleurs, plus on avance en âge, plus la détresse psychologique serait faible (Hayasaka *et al.*, 2007 ; Ikeda *et al.*, 2009 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a, 2005b), mais les chances de consommer des médicaments psychotropes augmenteraient (Attia *et al.*, 2006 ; Bœuf-Cazou *et al.*, 2009 ; Cohidon, Alla, Chau et Michaely, 2005 ; Helgason *et al.*, 2003 ; Lapeyre-Mestre *et al.*, 2004 ; Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006 ; Moisan *et al.*, 1999 ; Ngoundo-Mbongue *et al.*, 2005 ; Pelfrene *et al.*, 2004).

D'autres recherches suggèrent que la détresse psychologique diminue avec le niveau de scolarité (Hilton *et al.*, 2008 ; Ikeda *et al.*, 2009 ; Voydanoff et Donnelly, 1999 ; Wieclaw *et al.*, 2005), mais celui-ci n'aurait pas d'effet sur la consommation de médicaments psychotropes (Cohidon *et al.*, 2005 ; Kivimäki *et al.*, 2007 ; Matano *et al.*, 2002 ; McDonough, 2000). Aussi, un mauvais état de santé physique favoriserait la détresse psychologique (Marchand, Demers et Durand, 2005a, 2005b ; Voydanoff et Donnelly, 1999), mais peu de connaissances existent en lien avec la consommation de médicaments psychotropes. La pratique de l'activité physique pourrait aussi s'associer à des chances plus faibles de vivre de la détresse psychologique (Marchand, Demers et Durand, 2005a, 2005b), et de consommer des médicaments psychotropes (Moisan *et al.*, 1999). Enfin, la consommation de cigarettes s'associerait à une détresse psychologique plus importante (Ikeda *et*

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

al., 2009 ; Kash *et al.*, 2000 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a) et à un risque plus élevé de consommer des médicaments psychotropes (Attia *et al.*, 2006 ; Helgason *et al.*, 2003).

Le modèle de recherche

La littérature suggère donc un rôle important du travail pour expliquer l'apparition des problèmes de détresse psychologique et de consommation de médicaments psychotropes, mais en même temps elle soulève la contribution de facteurs extérieurs au travail et liés aux caractéristiques individuelles. Or, la recension des études soulève que peu d'entres-elles arrivent à intégrer simultanément dans un même modèle les facteurs du travail, hors-travail et individuels, de même que peu d'entres-elles reposent sur des échantillons représentatifs de la main-d'œuvre.

Afin de répondre en partie aux limites identifiées dans la littérature, le modèle d'analyse de cette étude s'appuie sur le modèle théorique validé multiniveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre (Marchand, Durand et Demers, 2006). Il postule que les contraintes et les ressources engagées simultanément par la personnalité des agents (démographie, santé physique, traits psychologiques, habitudes de vie, évènements stressants dans l'enfance), les structures du quotidien (milieu de travail, famille, réseau social, communauté locale) et les structures macrosociales de la société nationale (économie, politique, culture) génèrent un stress pouvant provoquer des réactions non désirées, telle que de la détresse psychologique et l'usage de médicaments psychotropes.

Dans la présente étude, les structures macrosociales sont représentées par la position de l'individu dans la structure professionnelle ainsi que par sa province de résidence. En particulier, nous examinons si la province du Québec se distingue du reste du Canada en raison du caractère distinct de la société québécoise dans l'ensemble canadien, et ce tant au niveau économique et, politique que culturel. Au plan des structures du quotidien, le milieu de travail est évalué en fonction de la conception des tâches (utilisation des compétences, autorité décisionnelle), des demandes (physiques, psychologiques et contractuelles : nombre d'heures travaillées et horaire de travail), des relations sociales (soutien social des collègues et du superviseur ou de la superviseure) et des gratifications (rémunération et sécurité d'emploi). La situation familiale est abordée selon l'état matrimonial ainsi que le statut parental et économique. Nous évaluons également l'influence de la position dans la communauté locale.

En regard de la personnalité de l'agent, nous examinons plus particulièrement l'influence de caractéristiques individuelles telles que le genre, l'âge, le niveau de scolarité, l'état de santé physique, l'activité physique et le tabagisme. Enfin, puisque selon le modèle de Marchand, Durand et Demers (2006), les structures macrosociales et du quotidien interagissent avec la personnalité de l'agent pour expliquer la santé mentale, nous examinons si la province (Québec vs reste du Canada) modère la relation entre la profession et les conditions de l'organisation du travail, de même que si le genre interagit avec les facteurs du travail pour produire de la détresse et de la consommation de médicaments psychotropes. Les femmes rapportent davantage de détresse psychologique et de consommation de médicaments que les hommes, ce qui pourraient s'expliquer par des effets différenciés des variables du travail selon le genre.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

MÉTHODOLOGIE

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1) recueillies en 2003 par Statistique Canada (2005). L'ESCC 2.1 est une enquête transversale représentative de la population canadienne comportant un échantillon de 134 072 personnes, avec un taux de réponse de 80,7 %. Le plan d'échantillonnage est à deux degrés. Le premier degré est constitué des 126 régions sociosanitaires canadiennes desquelles sont prélevées des grappes indépendantes. Au second degré, des ménages (n = 144 836) sont sélectionnés à l'intérieur de chaque grappe, et dans chaque ménage, un membre de 12 ans et plus est choisi aléatoirement. Au total, 81 726 personnes âgées de 15 à 75 ans occupaient un emploi au cours des 12 derniers mois. L'ESCC 2.1 contient un volet commun à toutes les provinces et territoires et un certain nombre de modules optionnels. La détresse psychologique a été évaluée sur 22 833 travailleurs et travailleuses provenant de six provinces et territoires (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut) nichés dans 1 064 communautés locales, et la consommation de médicaments psychotropes sur 21 804 travailleuses et travailleurs répartis dans quatre provinces (Québec, Ontario, Saskatchewan, Colombie-Britannique) nichés dans 1 908 communautés locales.

Les mesures

Détresse psychologique. La détresse psychologique a été mesurée différemment en fonction de la province de résidence du répondant ou de la répondante. Pour le Québec, la mesure provient d'une adaptation du « Psychiatric Symptoms Index » (PSI) de Ilfeld (1976). Les 14 items (ex : s'être senti[e] désespéré[e] en pensant à l'avenir) sont évalués en fonction d'une échelle de Likert en quatre points selon la fréquence à laquelle le symptôme a été ressenti au cours de la dernière semaine (α = 0,87). Pour les autres provinces et les territoires, la détresse psychologique est mesurée à partir de l'échelle de Kessler à six items (K6) (Kessler *et al.*, 2003) (α = 0,79). Les six items (ex : si déprimé que plus rien ne pouvait vous faire sourire) sont évalués en fonction d'une échelle de Likert en cinq points (1 = *tout le temps*, 5 = *jamais*). Dans le but de pouvoir analyser simultanément l'ensemble des répondants et répondantes, une mesure combinant les deux échelles de détresse psychologique a été créée. En se basant sur des études antérieures (Daveluy *et al.*, 2000 ; Kaplan, Roberts, Camacho et Coyne, 1987 ; Robins et Regier, 1991), les échelles ont d'abord été dichotomisées au dernier quintile de leur distribution respective, puis fusionnées dans une même mesure. La valeur 0 représente les scores inférieurs au dernier quintile et la valeur 1 représente les scores supérieurs.

Consommation de médicaments psychotropes. La consommation de médicaments psychotropes est mesurée en référence au dernier mois. L'ESCC 2.1 documente la consommation de tranquillisants, d'antidépresseurs et/ou de somnifères. La consommation de médicaments psychotropes est codée 1 pour les répondants et répondantes ayant consommé au moins un de ces médicaments, et codée 0 pour les personnes n'ayant pas consommé.

La profession. La profession est mesurée par la Classification type des professions de 1991 (CTP-1991) de Statistique Canada (1993). La CTP-1991 a une structure hiérarchique comprenant 514 professions à quatre caractères nichés dans un regroupement de 139 groupes professionnels à trois caractères eux-mêmes regroupés dans 47 groupes à deux caractères. Par la suite, six catégories sont tirées de ces 47 groupes. Il

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

s'agit des cadres supérieurs, des directeur(e)s, des superviseur(e)s, des professionnel(le)s, des cols blancs et des cols bleus.

Milieu de travail. L'utilisation des compétences (3 items), l'autorité décisionnelle (2 items), les demandes physiques (1 item) et psychologiques (2 items), le soutien social au travail (3 items) et l'insécurité d'emploi (1 item) ont été mesurés à partir de la version adaptée par Statistique Canada du Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek *et al.*, 1985). Les items sont évalués sur une échelle de Likert en cinq points (0 = *désaccord*, 4 = *accord*). Cependant, dans l'ESCC 2.1, les questions ont été posées seulement dans trois provinces (Terre-Neuve, Ontario, Saskatchewan). Afin de pouvoir étudier l'ensemble des répondants et répondantes, les variables ont été agrégées au niveau de la profession en suivant les recommandations usuelles (Schwartz, Pieper et Karasek, 1988), ce qui permet de passer de la perception subjective à une évaluation plus objective fondée sur la moyenne attendue selon une profession donnée. Les agrégations ont été produites à partir des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada qui contient les versions courtes du JCQ mesurées en 1994–1995, 2000–2001 et 2002–2003.

La consistance interne (α de Cronbach) des échelles du JCQ (utilisation des compétences, autorité décisionnelle, demandes psychologiques, soutien social) dans l'ENSP de 1994–1995 varie entre 0,35 et 0,65, alors que la fidélité pour les mesures répétées varie entre 0,68 et 0,86 (Marchand et Blanc, 2010b). Les scores de 9 073 personnes représentatives de la main-d'œuvre canadienne ont par la suite été agrégés aux codes à quatre caractères de la CTP-1991. La fidélité des échelles agrégées au niveau de 471 professions de la CTP-1991 donne 0,88 pour l'utilisation des compétences, 0,77 pour l'autorité décisionnelle, 0,88 pour les demandes psychologiques et 0,56 pour le soutien social (Marchand, Demers et Durand, 2005a). Pour chaque profession, les estimations ont été ajustées pour le genre, l'âge et le niveau de scolarité. Les scores par professions sont par la suite importés au fichier de l'ESCC 2.1 en utilisant la CTP-1991 comme clé d'appariement. Au total, plus les scores sont élevés, plus l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes physiques et psychologiques, le soutien social et l'insécurité d'emploi sont élevés.

Pour les demandes contractuelles, l'ESCC 2.1 permet de mesurer le nombre d'heures par semaine (à tous les emplois), ainsi qui l'horaire de travail codé 0 (quart normal sans fin de semaine ; quart normal avec fin de semaine) et 1 (quart rotatif ou brisé sans fin de semaine ; quart rotatif ou brisé avec fin de semaine ; sur appel/horaire irrégulier avec fin de semaine ; autres sans fin de semaine ; autres avec fin de semaine).

La famille. Le statut matrimonial est une variable dichotomique codée 0 pour une personne vivant seule et 1 pour une personne vivant en couple. Le statut parental est mesuré par deux variables dichotomiques, soit la présence d'enfants de 0 à 5 ans (0 = *non*, 1 = *oui*) et la présence d'enfants de 6 à 11 ans (0 = *non*, 1 = *oui*). Le statut économique est mesuré à l'aide d'une échelle ordinale en cinq catégories de Statistique Canada qui détermine le niveau de suffisance du revenu qui tient compte du nombre de personnes dans le ménage (1 = *bas*, 5 = *élevé*).

L'individu. Le genre est une variable dichotomique codée 0 pour les hommes et 1 pour les femmes. L'âge est mesuré en années, et le niveau de scolarité à l'aide d'une échelle ordinale en 10 catégories (1= *deuxième secondaire ou moins* ; 10 = *grade/certificat d'études supérieures*). L'état de santé physique est obtenu par le nombre de problèmes de santé de longues durées (6 mois ou plus) ayant été diagnostiqués par un professionnel ou une professionnelle de la santé (ex : allergies alimentaires, asthme, angine de poitrine, etc.).

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Province et communauté locale. La province est une variable dichotomique codée 1 pour le Québec et 0 pour les autres provinces canadiennes. Les communautés locales sont constituées par le secteur de recensement (SR) en zones urbaines et par la subdivision de recensement (SDR) en zones rurales de Statistique Canada. Les SR sont de petites unités géographiques stables (2 500 à 8 000 habitants et habitantes) dont les caractéristiques socioéconomiques sont homogènes. Ils sont créés au sein de régions métropolitaines de recensement et d'agglomérations de recensement dont le noyau urbain compte 50 000 habitants et habitantes ou plus d'après le recensement précédent. Quant aux SDR, ils correspondent aux petites villes et municipalités et possèdent, par conséquent, une identité et un sens sociologique propres.

Les analyses

Les données prennent une structure hiérarchique à deux niveaux dans laquelle les individus (niveau 1) sont nichés dans les communautés locales (niveau 2). Des modèles de régressions logistiques multiniveaux (Goldstein, 1995) ont été estimés avec MlwiN 2.02 afin d'établir la contribution des variables du travail sur la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes, en tenant compte de la province, de la famille, de la communauté locale et des caractéristiques individuelles. Dans les analyses, les conditions de l'organisation du travail et les professions ont été analysées séparément et avec les quatre autres blocs de variables (province, famille, réseau social, individu).

Un premier modèle de régression multiniveaux comprend l'ensemble des conditions de l'organisation du travail ainsi que la profession. Un deuxième modèle ajoute la province aux conditions de l'organisation du travail et à la profession. Un troisième modèle tient compte à la fois des conditions de l'organisation du travail, de la profession et des variables de la famille. Un quatrième modèle comprend les conditions de l'organisation du travail, la profession ainsi que les variables associées à l'individu. Le dernier modèle tient compte de l'ensemble des variables du modèle d'analyse. Cette séquence de modèles permet d'évaluer les effets directs de la profession et des conditions de l'organisation du travail, ainsi que les effets possibles de médiations et de suppressions. Finalement, nous avons testé séparément les interactions du genre avec la profession et les conditions de travail pour évaluer la présence d'effets modérateurs sur les relations des variables du travail avec la consommation chronique de psychotropes. Nous avons répétées cette procédure pour les interactions avec la province.

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives pour l'échantillon ayant répondu au volet détresse psychologique et médicaments psychotropes. Au total, 19,5 % des répondants et répondantes rapportent de la détresse psychologique et 8,8 % avaient consommé des médicaments psychotropes.

Le tableau 2 présente les résultats de l'analyse multiniveaux pour la détresse psychologique. Les résultats du premier modèle illustre que l'horaire de travail irrégulier s'associe avec un risque plus élevé de détresse psychologique, alors que les demandes physiques et le revenu professionnel s'associent à de plus faibles chances de rapporter de la détresse psychologique. La détresse varie significativement entre les communautés locales. Le modèle 2 n'obtient pas d'association significative pour la province, mais celle-ci supprime l'effet des demandes physiques. Au modèle 3, l'introduction des variables relatives à la famille ne change

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Tableau 1
Statistisques descriptives, ESCC 2.1

	Détresse psychologique (*n* = 22 833)		Médicaments (*n* = 21 804)	
	Moy/ %	É-T	Moy/ %	É-T
Constante	19,5 %	—	8,7 %	—
Travail				
Cadres supérieurs	0,2 %		0,2 %	—
Directeurs et directrices	7,7 %	—	7,6 %	—
Superviseur(e)s	3,8 %	—	4,0 %	—
Professionnel(le)s	17,3 %	—	17,8 %	—
Cols blancs	49,0 %	—	47,6 %	—
Cols bleus	22,0 %	—	22,7 %	—
Utilisation des compétences	6,98	1,35	7,02	1,34
Autorité décisionnelle	5,31	0,78	5,34	0,79
Demandes psychologiques	4,46	0,57	4,46	0,56
Demandes physiques	1,97	0,80	1,97	0,80
Nombre d'heures travaillées	38,29	14,70	39,82	6,18
Horaire de travail (irrégulier)	19,5 %	—	22,2 %	—
Soutien social au travail	7,96	0,49	7,97	0,48
Insécurité d'emploi	1,29	0,30	1,29	0,29
Revenu professionnel	26561,92	11848,66	26958,33	11888,61
Province				
Province (Québec)	18,0 %	—	21,8 %	—
Famille				
Statut matrimonial (couple)	61,0 %	—	62,1 %	—
Enfant 5 ans et moins (oui)	14,1 %	—	14,7 %	—
Enfant entre 6 et 11 ans (oui)	17,9 %	—	19,0 %	—
Statut économique (bas)	1,3 %	—	1,4 %	—
Statut économique (bas-moyen)	3,6 %	—	3,1 %	—
Statut économique (moyen)	17,0 %	—	14,3 %	—
Statut économique (moyen-élevé)	36,0 %	—	32,8 %	—
Statut économique (élevé)	33,9 %	—	37,7 %	—
Individu				
Genre (femme)	53,1 %	—	53,6 %	—
Âge	38,33	13,09	38,47	13,23
Niveau de scolarité	5,84	2,46	5,84	2,43
Santé physique	1,08	1,07	1,14	1,1
Activité physique	23,20	22,82	26,73	24,45
Nombre de cigarettes	3,96	8,20	3,25	7,55

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Tableau 2

Modèles de régression logistique multiniveaux pour la détresse psychologique

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Travail										
Directeurs et directrices	1,53	0,55 – 4,30	1,53	0,55 – 4,32	1,46	0,50 – 4,29	1,69	0,55 – 5,161	1,64	0,51 – 5,28
Superviseur(e)s	1,31	0,44 – 3,85	1,31	0,45 – 3,86	1,27	0,41 – 3,92	1,38	0,42 – 4,486	1,37	0,40 – 4,66
Professionnel(le)s	1,74	0,61 – 4,97	1,74	0,61 – 4,98	1,66	0,55 – 4,99	1,87	0,60 – 5,829	1,82	0,56 – 5,98
Cols blancs	1,71	0,59 – 4,96	1,72	0,59 – 4,97	1,66	0,55 – 5,06	1,88	0,59 – 5,98	1,86	0,55 – 6,23
Cols bleus	1,54	0,54 – 4,40	1,54	0,54 – 4,4	1,50	0,50 – 4,51	1,84	0,58 – 5,827	1,82	0,55 – 6,08
Utilisation des compétences	0,97	0,90 – 1,03	0,97	0,90 – 1,03	0,98	0,92 – 1,05	0,97	0,90 – 1,036	0,98	0,92 – 1,05
Autorité décisionnelle	1,01	0,90 – 1,13	1,01	0,90 – 1,13	1,01	0,90 – 1,13	1,06	0,95 – 1,184	1,05	0,94 – 1,18
Demandes psychologiques	1,05	0,94 – 1,18	1,05	0,94 – 1,18	1,08	0,97 – 1,21	1,03	0,92 – 1,151	1,05	0,94 – 1,17
Demandes physiques	0,92*	0,85 – 1,00	0,92	0,85 – 1,00	0,89**	0,82 – 0,97	0,94	0,86 – 1,021	0,92	0,85 – 1,00
Nombre d'heures travaillées	1,00	0,99 – 1,00	1,00	1,00 – 1,01	1,00	1,00 – 1,01	1,00	1,00 – 1,007	1,00	1,00 – 1,01
Horaire de travail (irrégulier)	1,28**	1,13 – 1,45	1,28**	1,12 – 1,45	1,26**	1,11 – 1,44	1,23**	1,08 – 1,403	1,23**	1,07 – 1,41
Soutien social au travail	1,04	0,93 – 1,16	1,04	0,93 – 1,16	1,04	0,93 – 1,16	1,02	0,91 – 1,142	1,02	0,91 – 1,14
Insécurité d'emploi	1,05	0,89 – 1,25	1,05	0,89 – 1,25	1,03	0,86 – 1,23	1,08	0,91 – 1,286	1,06	0,88 – 1,26
Revenu professionnel/$10 000	0,86**	0,80 – 0,93	0,86**	0,75 – 0,99	0,88**	0,81 – 0,95	0,95	0,88 – 1,03	0,98	0,91 – 1,06
Province										
Province (Québec)			0,98	0,85 – 1,13					1,01	0,88 – 1,16
Famille										
Statut matrimonial (en couple)					0,64**	0,57 – 0,71			0,77**	0,68 – 0,87
Enfant 5 ans et moins					1,15	0,98 – 1,35			0,96	0,8 – 1,14
Enfant entre 6 et 11 ans					1,11	0,94 – 1,31			1,07	0,90 – 1,27
Statut économique (bas)					1,86**	1,30 – 2,66			1,83**	1,24 – 2,71
Statut économique (bas-moyen)					1,45**	1,07 – 1,96			1,42*	1,04 – 1,94
Statut économique (moyen)					1,25*	1,02 – 1,55			1,31**	1,05 – 1,65
Statut économique (moyen-élevé)					1,07	0,88 – 1,32			1,13	0,90 – 1,42
Statut économique (élevé)					1,16	0,94 – 1,43			0,93	0,74 – 1,16
Individu										
Genre (femme)							1,35**	1,20 – 1,51	1,35**	1,20 – 1,52
Âge							0,97**	0,97 – 0,97	0,97**	0,97 – 0,98
Niveau de scolarité							1,01	0,98 – 1,04	1,00	0,97 – 1,03
Santé physique							1,42**	1,36 – 1,48	1,41**	1,35 – 1,47
Activité physique							0,99**	0,99 – 1,00	0,99**	0,99 – 1,00
Nombre de cigarettes							1,03**	1,02 – 1,03	1,02**	1,02 – 1,03
Communauté	0,21**		0,21**		0,20**		0,21**		0,21**	
χ^2	126,4**		127,74**		300,69**		781,69**		824,19**	
dl	(14)		(15)		(22)		(20)		(29)	

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

pas la contribution des variables du travail observée au modèle 1, et le statut matrimonial et économique s'associent significativement à la détresse psychologique. La variation de la détresse entre les communautés locales est toujours significative.

Le modèle 4 tient compte des caractéristiques individuelles qui contribuent à médiatiser l'effet des demandes physiques et du revenu professionnel. Il fait ressortir que les chances de vivre de la détresse psychologique sont plus importantes pour les femmes, et elles s'accroissent avec le nombre de cigarettes fumées et l'état de santé physique. L'âge et l'activité physique s'associent à des chances plus faibles de vivre de la détresse. Ici aussi, la variation de la détresse psychologique entre les communautés locales demeure significative. Le dernier modèle tient compte de l'ensemble des variables et permet de constater que seul l'horaire de travail irrégulier s'associe significativement à la détresse psychologique. Les autres variables relatives à la famille et aux caractéristiques individuelles demeurent significatives, et on peut estimer que 5,9 % de la variation de la détresse psychologique se trouve entre les communautés locales.

Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse multiniveaux pour la consommation de médicaments psychotropes. Les résultats du premier modèle illustrent que les demandes psychologiques font augmenter le risque de consommer des médicaments psychotropes alors que le nombre d'heures travaillées le font diminuer. Cette consommation varie significativement entre les communautés locales. Le modèle 2 ne montre pas d'association significative pour la province et cette dernière ne change pas les associations pour les variables du travail. Au modèle 3, l'introduction des variables relatives à la famille ne change pas la contribution des variables du travail observée au modèle 1, et on peut observer que la consommation de médicaments psychotropes s'associe avec le statut parental et économique. La variation de la consommation de médicaments psychotropes entre les communautés locales est toujours significative.

Au modèle 4, les variables relatives aux caractéristiques individuelles médiatisent l'effet des demandes psychologiques et le nombre d'heures travaillées s'associe significativement avec de plus faibles chances de consommer des médicaments psychotropes. Aussi, les chances de consommer des médicaments sont plus importantes pour les femmes et les personnes plus âgées, ainsi qu'avec le nombre de problèmes de santé physique et le nombre de cigarettes fumées. Cependant, l'activité physique diminue le risque de consommer. Ici aussi, la variation de la consommation de médicaments psychotropes entre les communautés locales demeure significative. Le modèle complet (modèle 5) fait ressortir une association négative pour le nombre d'heures travaillées. Les associations pour les autres variables demeurent sensiblement les mêmes, à l'exception du statut économique qui n'est plus significatif. On peut estimer que 11,9 % de la variation de la consommation de médicaments psychotropes se trouve entre les communautés locales.

Au total, les résultats des tableaux 2 et 3 suggèrent que le modèle 5 qui contient l'ensemble des variables analysées est plus important pour expliquer la détresse psychologique que la consommation de médicaments psychotropes, avec un $\chi^2 = 824{,}19$ (dl = 29) pour la détresse psychologique et $\chi^2 = 592{,}63$ (dl = 29) pour les médicaments psychotropes. Enfin, les interactions province-profession, province–conditions de l'organisation du travail, genre-profession et genre–conditions de l'organisation du travail se sont avérées non significatives. Pour la détresse psychologique, l'interaction province-profession a donné $\chi^2 = 2{,}32$ (dl = 5, $p = 0{,}80$) ; province–conditions de l'organisation du travail $\chi^2 = 13{,}07$ (dl = 9, $p = 0{,}16$) ; genre-profession $\chi^2 = 6{,}11$ (dl = 5, $p = 0{,}30$) ; genre–conditions de l'organisation du travail $\chi^2 = 4{,}91$ (dl = 9, $p = 0{,}84$). Pour la consommation de médicaments psychotropes, l'interaction province–conditions de l'organisation du

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Tableau 3

Modèles de régression logistique multiniveaux pour la consommation de médicaments psychotropes

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Travail										
Directeurs et directrices	1,09	0,14 – 8,44	1,10	0,14– 8,54	1,18	0,15 –9,21	1,52	0,21 – 11,09	1,59	0,21–11,97
Superviseur(e)s	1,01	0,13 – 8,02	1,01	0,13– 8,09	1,07	0,13 –8,58	1,42	0,19 – 10,69	1,46	0,19–11,40
Professionnel(le)s	1,69	0,22 – 12,78	1,69	0,22– 12,9	1,84	0,24 –14,03	2,13	0,30 – 15,33	2,20	0,30–16,36
Cols blancs	1,41	0,19 – 10,62	1,41	0,19– 10,72	1,50	0,20 –11,47	1,90	0,27 – 13,61	1,96	0,27–14,56
Cols bleus	1,18	0,15 – 9,00	1,18	0,15– 9,1	1,25	0,16 –9,68	1,81	0,25 – 13,06	1,89	0,25–14,11
Utilisation des compétences	1,02	0,92 – 1,13	1,02	0,92– 1,13	1,01	0,92 –1,12	1,05	0,94 – 1,18	1,05	0,93–1,18
Autorité décisionnelle	0,92	0,80 – 1,05	0,92	0,80– 1,05	0,92	0,8 –1,05	0,92	0,80 – 1,05	0,92	0,80–1,07
Demandes psychologiques	1,20*	1,01 – 1,43	1,20*	1,00– 1,43	1,21*	1,01 –1,44	1,08	0,91 – 1,28	1,08	0,91–1,29
Demandes physiques	0,91	0,81 – 1,02	0,91	0,81– 1,02	0,91	0,81 –1,02	0,97	0,86 – 1,10	0,98	0,86–1,10
Nombre d'heures travaillées	0,99**	0,98 – 0,99	0,99**	0,98– 0,99	0,99**	0,98 –0,99	1,01*	1,00 – 1,01	0,99*	0,98–0,99
Horaire de travail (irrégulier)	1,10	0,91 – 1,33	1,10	0,91– 1,32	1,10	0,92 –1,33	1,13	0,93 – 1,37	1,12	0,92–1,36
Soutien social au travail	0,92	0,78 – 1,09	0,92	0,78– 1,09	0,93	0,78 –1,10	0,95	0,80 – 1,12	0,95	0,80–1,13
Insécurité d'emploi	0,91	0,72 – 1,16	0,91	0,72– 1,16	0,90	0,71 –1,14	0,90	0,69 – 1,16	0,89	0,68–1,16
Revenu professionnel/$10 000	0,95	0,84 – 1,06	0,95	0,84– 1,06	0,95	0,84 –1,07	0,99	0,88 – 1,12	1,00	0,88–1,13
Province										
Province (Québec)			0,93	0,74– 1,17					0,90	0,70–1,15
Famille										
Statut matrimonial (en couple)					1,04	0,90 –1,20			0,81*	0,69–0,95
Enfant 5 ans et moins					0,62**	0,51 –0,75			0,75**	0,61–0,92
Enfant entre 6 et 11 ans					0,88	0,73 –1,08			0,99	0,80–1,23
Statut économique (bas)					1,77**	1,17 –2,67			1,44	0,96–2,16
Statut économique (bas-moyen)					1,62*	1,09 –2,42			1,19	0,79–1,78
Statut économique (moyen)					1,65**	1,25 –2,18			1,33	0,99–1,78
Statut économique (moyen-élevé)					1,52**	1,18 –1,95			1,29	1,00–1,68
Statut économique (élevé)					1,40*	1,08 –1,81			1,30	1,00–1,69
Individu										
Genre (femme)							1,64**	1,40 – 1,93	1,67**	1,42–1,96
Âge							1,01**	1,00 – 1,01	1,01**	1,00–1,01
Niveau de scolarité							1,02	0,99 – 1,06	1,02	0,99–1,06
Santé physique							1,61**	1,51 – 1,71	1,60**	1,50–1,70
Activité physique							1,00*	0,99 – 1,00	1,00*	0,99–1,00
Nombre de cigarettes							1,03**	1,02 – 1,04	1,03**	1,02–1,04
Communauté	0,52**		0,52**		0,51**		0,44**		0,44**	
χ^2	57,01**		57,11**		115,42**		538,49**		592,63**	
dl	(14)		(15)		(22)		(20)		(29)	

travail a donné $\chi^2 = 6{,}84$ (dl = 9, $p = 0{,}65$) et l'interaction genre–conditions de l'organisation du travail $\chi^2 = 2{,}94$ (dl = 9, $p = 0{,}97$). Il n'a pas été possible d'obtenir la convergence après plus de 100 itérations pour les interactions province-profession et genre-profession.

DISCUSSION

Les résultats présentés ici suggèrent une contribution plutôt faible du travail aux problèmes de détresse psychologique et de consommation de médicaments psychotropes, alors que le rôle des facteurs hors-travail et individuels apparait plus important. Globalement, les résultats soutiennent l'approche théorique et analytique qui tient compte de la diversité des environnements de vie et des caractéristiques individuelles pour expliquer comment le travail s'associe à ces deux atteintes à la santé mentale.

Ampleur du problème

La prévalence de 19,5 % de détresse psychologique obtenue ici doit être interprétée en fonction du point de césure retenu qui correspond au dernier quintile de la distribution de l'échelle d'Ilfeld pour le Québec et du K6 pour le reste du Canada. Il n'est ainsi pas surprenant qu'on obtienne une telle prévalence et que l'analyse ne montre pas de différence entre le Québec le reste du Canada. La donnée sur la consommation de médicaments psychotropes est par contre plus intéressante car elle permet d'établir que 9 % des répondants et répondantes avaient consommé ce type de médicaments tout en étant au travail, ce qui est légèrement en augmentation (1 %) comparativement aux données de 1994–1995 (McDonough, 2000). Cette tendance est conforme aux études longitudinales qui rapportent un accroissement de l'usage de ce type de médicament dans la main-d'œuvre canadienne depuis 1994–1995 (Marchand et Blanc, 2010a ; Marchand, Durand, Simard *et al.*, 2006). Par ailleurs, notons que la consommation de médicaments psychotropes ne varie pas entre le Québec et les autres provinces et territoires (Nouveau-Brunswick, Ontario, Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut) analysés ici, et que les effets du travail sont les mêmes entre les provinces/territoires.

La profession

En regard de la contribution du travail, la profession n'a pas montré de contribution significative, ni sur la détresse psychologique, ni sur la consommation de médicaments psychotropes. Ce résultat vient en partie confirmer le faible rôle joué par la profession identifié par plusieurs études tant au plan de la détresse psychologique (Hilton *et al.*, 2008 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a ; Pugliesi, 1999) que de l'usage des médicaments psychotropes (Beaujouan, Czernichow, Pourriat et Bonnet, 2005 ; Bœuf-Cazou *et al.*, 2009 ; Cohidon *et al.*, 2005 ; Larsen, Eikeland et Hunskar, 2006 ; Moisan *et al.*, 1999 ; Ngoundo-Mbongue *et al.*, 2005).

Les conditions de l'organisation du travail

Les conditions de l'organisation du travail s'avèrent plus importantes que la profession, mais les résultats obtenus démontrent malgré tout un rôle assez limité avec seulement les demandes contractuelles s'associant aux atteintes à la santé mentale examinées ici. Travailler sur un horaire irrégulier accroit de 23 % les chances

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

de rapporter de la détresse psychologique, ce qui soutient les résultats des études antérieures (Hayasaka *et al.*, 2007 ; Marchand, Demers et Durand, 2005b ; Matthews *et al.*, 2001). Le nombre d'heures travaillées s'associe à l'usage de médicaments et chaque augmentation d'une heure de travail contribue à diminuer de 1 % les chances qu'un travailleur ou une travailleuse consomme ce type de médicament. Corroborant les résultats d'une étude longitudinale récente (Marchand et Blanc, 2010a), ceci suggère qu'un employé ou une employée avec une bonne santé mentale occupe plus facilement un emploi à temps plein, ce qui implique que les récompenses tirées du travail sont plus importantes et contribuent à améliorer la situation de vie de l'individu. Ce résultat va dans le même sens que ceux d'autres études qui montrent que les employés et employées à temps partiel ou temporaires consomment plus de médicaments psychotropes (Nylén, Melin et Laflamme, 2007 ; Virtanen *et al.*, 2008).

Les facteurs hors-travail

Les facteurs hors-travail prennent une place importante. Au plan de la situation familiale, vivre en couple réduit de 23 % les chances de vivre de la détresse psychologique et de 19 % les chances de faire usage de médicaments psychotropes, alors que les personnes vivant avec des enfants de moins de 5 ans ont 25 % moins de chance de rapporter de la détresse psychologique. Cette relation soutient une étude antérieure et montre la parentalité, en particulier avoir des enfants d'âge préscolaire, comme une expérience de vie positive chez la personne (Marchand, Demers et Durand, 2005a). Le statut économique de la famille est aussi important, car plus la suffisance du revenu est faible, plus les chances de rapporter de la détresse psychologique sont élevées. L'association avec la consommation de médicaments psychotropes est cependant non significative.

Enfin, les résultats soutiennent un rôle substantiel de la communauté de résidence, car 6 % de la variation de la détresse psychologique et 12 % de la consommation de médicaments psychotropes se trouvent entre les communautés locales. Le milieu communautaire compte, et cela suggère le développement de recherche pour mesurer l'impact des contraintes et des ressources de la communauté dans lequel vit le travailleur ou la travailleuse (Muntaner, Li, Xue, Thompson, Chung *et al.*, 2006 ; Truong et Ma, 2006) et qui façonne son quotidien. Par ailleurs, la variation entre les communautés pourrait être liée à l'accès au médicament psychotrope à travers les politiques d'assurance du médicament (publique ou privée) selon les provinces, car la présence d'une assurance publique augmenterait l'utilisation de médicaments psychotropes pour les faibles utilisateurs et utilisatrices, mais pas pour les grands consommateurs et consommatrices (Sarma, Basu et Gupta, 2007).

Les caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles se présentent comme le facteur le plus important pour expliquer à la fois la détresse psychologique et la consommation de médicaments psychotropes. Elles médiatisent le rôle des demandes physiques et du revenu professionnel sur la détresse psychologique, et celui des demandes psychologiques sur l'usage de médicaments psychotropes. Au plan de la démographie, les femmes ont 35 % plus de chances que les hommes de rapporter de la détresse psychologique et 66 % plus de chances de faire usage de médicaments psychotropes. Les femmes sont donc plus susceptibles à l'expérience de ces atteintes à la santé mentale, mais le genre ne change pas la manière dont la profession et les conditions de l'organisation du travail s'associent aux deux problèmes de santé mentale étudiés ici.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Les associations avec l'âge prennent toutefois une double signification. En effet, les travailleuses et travailleurs plus âgés ont des chances plus faibles de rapporter de la détresse psychologique alors qu'en contrepartie les chances de faire usage de médicaments psychotropes s'élèvent avec l'âge. Ces résultats sont soutenus par plusieurs études antérieures (Attia *et al.*, 2006 ; Bœuf-Cazou *et al.*, 2009 ; Cohidon *et al.*, 2005 ; Harling *et al.*, 2009 ; Hayasaka *et al.*, 2007 ; Helgason *et al.*, 2003 ; Ikeda *et al.*, 2009 ; Lapeyre-Mestre *et al.*, 1999 ; Lapeyre-Mestre *et al.*, 2004 ; McDonough, 2000 ; Marchand, Demers et Durand, 2005a, 2005b ; Marchand, Durand et Demers, 2006 ; Matano *et al.*, 2002 ; Moisan *et al.*, 1999 ; Ngoundo-Mbongue *et al.*, 2005 ; Pelfrene *et al.*, 2004 ; Virtanen *et al.*, 2008). Il faudra être vigilant dans un contexte de vieillissement de la main-d'œuvre qui pourrait voir s'installer une plus grande consommation de médicaments psychotropes. Enfin, la santé physique (41 %–60 %) et le nombre de cigarettes fumées (2 % pour chaque cigarette) favorisent une plus forte détresse et des chances plus grandes de consommer des médicaments psychotropes, alors que la fréquence de la pratique de l'activité physique tendrait à réduire de 1 % les chances de faire l'expérience de ces deux atteintes à la santé mentale.

CONCLUSION

Cette étude possède toutefois des limites. Premièrement, il s'agit d'une étude transversale qui ne permet pas d'établir de liens de causalité entre les variables. Deuxièmement, les échelles de Karasek adaptées pour l'ENSP et agrégées aux codes professionnels de la CTP-1991 de l'ESCC 2.1 nous fait passer d'une évaluation subjective à une évaluation objective de ces conditions de l'organisation du travail. Ceci pourrait expliquer les écarts avec les études antérieures qui utilisent des mesures subjectives. Par ailleurs, les échelles de l'ENSP ont une faible consistance interne (Marchand, Demers et Durand, 2005a), ce qui pourrait atténuer les associations avec la détresse psychologique et l'usage de psychotropes. Bien que l'échelle de demandes psychologiques ait une validité plus limitée, l'échelle mesurant la latitude décisionnelle (utilisation des compétences et autorité décisionnelle) obtient une bonne validité (Brisson et Larocque, 2001), et les mesures de l'ENSP n'entraînent pas un problème important de sensibilité (Wang, 2005).

Troisièmement, l'utilisation de l'échelle d'Ilfeld pour le Québec et le K6 pour les autres provinces et territoires a pu introduire un biais dans l'identification des cas de détresse psychologique. On ne connait pas la corrélation entre ces deux échelles, ce qui implique qu'on ne peut déterminer pour un même individu si se positionner dans le dernier quintile du K6 correspond parallèlement au dernier quintile de l'échelle d'Ilfeld. Aussi, la mesure de la consommation au cours du dernier mois ne permet pas de distinguer la nature des médicaments consommés et il est possible que certains médicaments psychotropes ne soient pas reconnus comme tels par les répondants et répondantes. De plus, les données ne couvrent pas l'ensemble des travailleuses et travailleurs canadiens, ce qui freine la généralisation des résultats. Enfin, les événements stressants hors-travail qui surviennent de façon ponctuelle (perte d'un être cher, difficultés financières, etc.) ne sont pas tenus en compte et pourraient expliquer l'expérience de la détresse psychologique et l'usage de médicaments psychotropes.

Malgré ces limites, les résultats de cette étude soutiennent un rôle du travail dans la détresse psychologique et dans la consommation de médicaments psychotropes qui se manifeste ici plus particulièrement par la nature et l'intensité des demandes contractuelles (heures travaillées et horaire irrégulier) avec lesquelles

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

le travailleur ou la travailleuse compose au quotidien. La situation familiale, la communauté locale et les caractéristiques individuelles apparaissent toutefois comme des facteurs importants qui peuvent influer sur la manière dont le travail se relie à l'expérience de ces problèmes de santé mentale. Par conséquent, il s'avère primordial de tenir compte de la diversité des environnements de vie et des conditions propres à l'individu pour bien comprendre comment le travail en vient à influencer la santé mentale et ainsi être en mesure de développer, à terme, des interventions efficaces en milieu de travail. Sur ce point, les heures travaillées et les horaires de travail sont assurément des variables organisationnelles que les acteurs en milieu de travail peuvent manipuler afin d'assurer une plus grande protection de la santé mentale des travailleurs et travailleuses.

ABSTRACT

This article investigated the contribution of occupation and work organization conditions to psychological distress and psychotropic drug use in the Canadian workforce. Results obtained from data analysis of cycle 2.1 of the Canadian Community Health Survey (CCHS 2.1), suggested a limited role of work in psychological distress and psychotropic drug use. Family situation, neighbourhood, and individual characteristics were associated more strongly with these mental problems.

Keywords: psychological distress, psychotropic drugs, work organization conditions, occupations, nonwork factors, individual factors

RÉFÉRENCES

Albertsen, K., Nielsen, M.L. et Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress, 15*(3), 241-253.

Attia, J.R., D'Este, C., Schofield, P.W., Brown, A.M., Gibson, R., Tavener, M., . . . SHOAMP Team. (2006). Mental health in F-111 maintenance workers: The Study of Health Outcomes in Aircraft Maintenance Personnel (SHOAMP) general health and medical study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 48*(7), 682-691.

Baba, V.V., Galperin, B.L. et Lituchy, T.R. (1999). Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies, 36*, 163-169.

Beaujouan, L., Czernichow, S., Pourriat, J.-L. et Bonnet, F. (2005). Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 24*(5), 471-479.

Biron, C., Brun, J.-P. et Ivers, H. (2008). Extent and sources of occupational stress in university staff. *Work, 30*(4), 511-522.

Bœuf-Cazou, O., Lapeyre-Mestre, M., Niezborala, M. et Montastruc, J.L. (2009). Evolution of drug consumption in a sample of French workers since 1986: The "Drugs and Work" study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 18*(4), 335-343.

Bonde, J.P.E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine, 65*(7), 438-445.

Bourbonnais, R., Comeau, M. et 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. et Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine, 34*(1), 20-28.

Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J. et Vézina, M. (2007). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and mental health among correctional officers. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*(4–5), 355-368.

Bourbonnais, R., Malenfant, R., Vézina, M., Jauvin, N. et Brisson, I. (2005). Les caractéristiques du travail et de la santé des agents en services de détention. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 53*(2), 127-142.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Brisson, C. et Larocque, B. (2001). Validité des indices de demande psychologique et de latitude décisionnelle utilisés dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) 1994–1995. *Canadian Journal of Public Health, 92*(6), 468-474.

Cherry, N.M., Chen, Y. et McDonald, J.C. (2006). Reported incidence and precipitating factors of work-related stress and mental ill-health in the United Kingdom (1996–2001). *Occupational Medicine, 56*(6), 414-421.

Clays, E., De Bacquer, D., Leynen, F., Kornitzer, M., Kittel, F. et De Backer, G. (2007). Job stress and depression symptoms in middle-aged workers: Prospective results from the Belstress study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 33*(4), 252-259.

Cohidon, C., Alla, F., Chau, N. et Michaely, J.P. (2005). Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale. *Santé publique, 17*(3), 325-338.

Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., Lapointe, F., Côté, L. et Baulne, J. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998.* Québec, QC : Institut de la statistique du Québec.

de Jonge, J., Mulder, M.J.G.P. et Nijhuis, F.J.N. (1999). The incorporation of different demand concept in the job demand-control model: Effects on health care professionals. *Social Science & Medicine, 48*, 1149-1160.

de Jonge, J., van Breukelen, J.P., Landeweerd, J.A. et Nijhuis, F.J.N. (1999). Comparing group and individual level assessments of job characteristics in testing the job demand-control model: A multilevel approach. *Human Relations, 52*(1), 95-122.

Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique*. Paris : Bayard Éditions

Dohrenwend, B., Shrout, P.E., Egri, G. et Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1229-1236.

Durand, P., Marchand, A., Simard, M., Demers, A. et Collin, J. (2004). *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, ON : Institut canadien d'information sur la santé.

Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models* (2e éd.). Londres, Angleterre : Edward Arnold.

Harling, M., Strehmel, P., Schablon, A. et Nienhaus, A. (2009). Psychosocial stress, demoralization and the consumption of tobacco, alcohol and medical drugs by veterinarians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 4*(4), 11.

Hayasaka, Y., Nakamura, K., Yamamoto, M. et Sasaki, S. (2007). Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors. *Industrial Health, 45*(6), 781-786.

Helgason, T., Tomasson, K. et Zoega, T. (2003). [La prévalence et la distribution de l'utilisation des antidépresseurs, des anxiolytiques et des hypnotiques en 2001.]. *Laeknabladid, 89*(1), 15-22.

Hilton, M.F., Whiteford, H.A., Sheridan, J.S., Cleary, C.M., Chant, D.C., Wang, P.S. et Kessler, R.C. (2008). The prevalence of psychological distress in employees and associated occupational risk factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50*(7), 746-757.

Ibrahim, S., Smith, P. et Muntaner, C. (2009). A multi-group cross-lagged analyses of work stressors and health using Canadian National sample. *Social Science & Medicine, 68*(1), 49-59.

Ikeda, T., Nakata, A., Takahashi, M., Hojou, M., Haratani, T., Nishikido, N. et Kamibeppu, K. (2009). Correlates of depressive symptoms among workers in small- and medium- scale manufacturing enterprises in Japan. *Journal of Occupational Health, 51*, 26-37.

Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports, 39*, 1215-1228.

Kaplan, G., Roberts, R., Camacho, T. et Coyne, J. (1987). Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from the human population laboratory studies. *American Journal of Epidemiology, 125*(2), 206-220.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-309.

Karasek, R.A., Gordon, G., Pietrokovsky, C., Frese, M., Pieper, C., Schwartz, J., . . . Schirer, D. (1985). *Job content instrument: Questionnaire and users' guide.* Lowell : University of Massachusetts.

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

Kash, K.M., Holland, J.C., Breitbart, W., Berenson, S., Doughtery, J., Ouellette-Kobasa, S., et Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology, 14*(11), 1621-1633.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., . . . Zaslavsky, A.M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry, 60*(2), 184-189.

Kivimäki, M., Gunnell, D., Lawlor, D.A., Davey Smith, G., Pentti, J., Virtanen, M., . . . Vahtera, J. (2007). Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: A longitudinal register study. *Psychological Medicine, 37*(3), 373-382.

Lapeyre-Mestre, M., Chastan, E., Louis, A. et Montastruc, J.-L. (1999). Drug consumption in workers in France: A comparative study at a 10-year interval (1996 versus 1986). *Journal of Clinical Epidemiology, 52*(5), 471-478.

Lapeyre-Mestre, M., Sulem, P., Niezborala, M., Ngoundo-Mbongue, T.B., Briand-Vincens, D., Jansou, P., . . . Montastruc, J.-L. (2004). Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine. *Thérapie, 59*(6), 615-623.

Larsen, O.M., Eikeland, O.J. et Hunskar, S. (2006). [La profession et la consommation des médicaments : les résultats d'une enquête dans la comté Hordaland]. *Tidsskr Nor Laegeforen, 126*(16), 2090-2093.

Legleye, S. et Beck, F. (2004). Différenciation des usages de produits psychoactifs au sein de la population active en France. *Revue Toxibase, 15*, 12-15.

Lim, K.L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D. et Dewa, C.S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 28*(3), 92-98.

MacDonald, L.A., Karasek, R.A., Punnett, L. et Scharf, T. (2001). Covariation between workplace physical and psychosocial stressors: Evidence and implications for occupational health research and prevention. *Ergonomics, 44*(7), 696-718.

Mak, A.S. et Mueller, J. (2001). Negative affectivity, perceived occupational stress, and health during organisational restructuring: A follow-up study. *Psychology & Health, 16*(1), 125-137.

Marchand, A. et Blanc, M.-E. (2010a). Chronicité de la consommation de médicaments psychotropes dans la main-d'œuvre canadienne : quelle est la contribution de la profession et des conditions de l'organisation du travail? *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 58*(2), 89-99.

Marchand, A. et Blanc, M.-E. (2010b). The contribution of work and non-work factors to the onset of psychological distress: An eight-year prospective study of a representative sample of employees in Canada. *Journal of Occupational Health, 52*(3), 176-185.

Marchand, A., Demers, A. et Durand, P. (2005a). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology of Health and Illness, 27*(5), 602-627.

Marchand, A., Demers, A. et 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, 60*(1), 1-14.

Marchand, A., Durand, P. et Demers, A. (2005). Work and mental health: The experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998. *Work, 25*(2), 135-142.

Marchand, A., Durand, P. et Demers, A. (2006). Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'oeuvre. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 11-30.

Marchand, A., Durand, P., Simard, M., Colin, J. et Demers, A. (2006). Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes : changer d'emploi y est-il pour quelque chose? Dans P. Béret, V. di Paola, J.-F. Giret, Y. Grelet et P. Werquin (dir.), *Transitions professionnelles et risques : XIII*ème *journées d'étude sur les données longitudinales dans l'analyse du marché du travail*, Relief nº 15 (pp. 91-102). Aix-en-Provence, France : Céreq.

Matano, R.A., Wanat, S.F., Westrup, D., Koopman, C. et Whitsell, S.D. (2002). Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 29*(1), 30-44.

Matthews, S., Power, C. et Stansfeld, S.A. (2001). Psychological distress and work and home roles: A focus on socio-economic differences in distress. *Psychological Medicine, 31*(4), 725-736.

McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. *International Journal of Health Services, 30*(3), 453-476.

Moisan, J., Bourbonnais, R., Brisson, C., Gaudet, M., Vézina, M., Vinet, A. et Regoire, J.-P. (1999). Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Work & Stress, 13*(4), 289-298.

Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarin, M.I. et Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology, 32*(6), 950-958.

Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., Thompson, T., Chung, H. et O'Campo, P. (2006). County and organizational predictors of depression symptoms among low-income nursing assistants in the USA. *Social Science & Medicine, 63*, 1454-1465.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., Thompson, T., O'Campo, P., Chung, H., et Eaton, W.W. (2006). County level socio-economic position, work organization and depression disorder: A repeated measures cross-classified multilevel analysis of low-income nursing home workers. *Health & Place, 12*, 688-700.

Ngoundo-Mbongue, T.B., Niezborala, M., Sulem, P., Briant-Vincens, D., Bancarel, Y., Jansou, P., . . . Lapeyre-Mestre, M. (2005). Psychoactive drug consumption: Performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 14*(2), 81-89.

Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I. et David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 24*(3), 197-205.

Nylén, L., Melin, B. et Laflamme, L. (2007). Interference between work and outside-work demands relative to health: Unwinding possibilities among full-time and part-time employees. *International Journal of Behavioral Medicine, 14*(4), 229-236.

Orpana, H.M., Lemyre, L. et Gravel, R. (2009). Income and psychological distress: The role of the social environment. *Health Report, 20*(1), 21-28.

Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T. et Consoli, S.M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: Longitudinal results from the GAZEL Study. *British Journal of Psychiatry, 181*(2), 111-117.

Pelfrene, E., Vlerick, P., Kittel, F., Mak, R.P., Kornizter, M. et De Backer, G. (2002). Psychosocial work environment and psychological well-being: Assessment of the buffering effects in the job demand-control(-support) model in BELSTRESS. *Stress and Health, 18*(1), 43-56.

Pelfrene, E., Vlerick, P., Moreau, M., Mak, R.P., Kornitzer, M. et De Backer, G. (2004). Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium: Results from the BELSTRESS-study. *Social Science & Medicine, 59*(2), 433-442.

Plaisier, I., de Bruijn, J.G., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A.T. et Penninx, B.W. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science & Medicine, 64*(2), 401-410.

Pomaki, G., Maes, S. et Ter Doest, L. (2004). Work conditions and employees' self-set goals: Goal processes enhance prediction of psychological distress and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(6), 685-694.

Pugliesi, K. (1999). The consequences of emotional labor: Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation & Emotion, 23*(2), 125-154.

Reissman, D.B., Orris, P., Lacey, R. et Hartman, D.E. (1999). Downsizing, role demands, and job stress. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 41*(4), 289-293.

Robins, L. et Regier, D. (dir.). (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York, NY : Free Press.

Rugulies, R., Bultmann, U., Aust, B. et Burr, H. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology, 163*(10), 877-887.

Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E. et Tell, G.S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 45*, 628-638.

Sarma, S., Basu, K. et Gupta, A. (2007). The influence of prescription drug insurance on psychotropic and non-psychotropic drug utilization in Canada. *Social Science & Medicine, 65*(12), 2553-2565.

Schwartz, J.E., Pieper, C.F. et Karasek, R. (1988). A procedure for linking psychosocial job charactersitics data to health surveys. *American Journal of Public Health, 78*(8), 904-909.

Sekine, M., Chandola, T., Martikainen, P., Marmot, M. et Kagamimori, S. (2006). Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of Japanese civil servants: Explanations from work and family characteristics. *Social Science & Medicine, 63*(2), 430-445.

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

Singh, J. (2000). Perforamance productivity and quality of frontline employees in service organizations. *Journal of Marketing, 64*(April), 15-34.

Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Kivimäki, M., Honkonen, T., . . . Virtanen, M. (2008). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders, 115*(1-2), 36-45.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.147.28.202 on 05/15/24

Stafford, M. et Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: Does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology, 32*(3), 357-366.

Statistique Canada (dir.). (1993). *Classification type des professions 1991*. Ottawa, ON : Statistique Canada, Division des normes.

Statistique Canada. (2005). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) Cycle 2.1 (2003) : guide du fichier de microdonnées à grande diffusion.* Ottawa, ON : Auteur.

Truong, K.D. et Ma, S. (2006). A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 9*(3), 137-154.

Van Vegchel, N., de Jonge, J., Meijer, T. et Hamers, J.P.H. (2001). Different effort constructs and effort-reward imbalance: Effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing, 34*(1), 128-136.

Vermeulen, M. et Mustard, C. (2000). Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(4), 428-440.

Virtanen, M., Honkonen, T., Kivimäki, M., Ahola, K., Vahtera, J., Aromaa, A., et Lönnqvist, J. (2007). Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders, 98*(3), 189-197.

Virtanen, M., Kivimäki, M., Ferrie, J.E., Elovainio, M., Honkonen, T., Pentti, J., . . . Vahtera, J. (2008). Temporary employment and antidepressant medication: A register linkage study. *Journal of Psychiatric Research, 42*(3), 221-229.

Voydanoff, P. et Donnelly, B.W. (1999). Multiple roles and psychological distress: The intersection of the paid worker, spouse, and parent roles with the role of the adult child. *Journal of Marriage & the Family, 61*(3), 725-738.

Wang, J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine, 35*(6), 865-871.

Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P.B. et Bonde, J.P. (2005). Occupational risk of affective and stress-related disorders in the Danish workforce. *Scandinavian Journal of Work, Environmenment & Health, 31*(5), 343-351.