

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1631

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Arnaud MICHAUD

le 23/10/2020

CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE ET VÉCU DU TRAVAIL DE
3 132 SALARIÉS DE LA REGION TOULOUSAIN

Directeur de thèse : Dr Michel NIEZBORALA

JURY

Monsieur le Professeur SOULAT Jean Marc	Président
Monsieur le Professeur LESAGE François-Xavier	Assesseur
Madame le Docteur ESQUIROL Yolande	Assesseur
Monsieur le Docteur HERIN Fabrice	Assesseur
Monsieur le Docteur NIEZBORALA Michel	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E) Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E) Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E) Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.) Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile Médecine Interne
M. BIRMES Philippe Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David Neurologie
M. BROUCHET Laurent Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E) Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E) Génétique
M. CARRERE Nicolas Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E) Cardiologie
M. CHAIX Yves Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E) Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E) Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E) Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E) Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre Ophtalmologie
M. GAME Xavier Urologie
M. GEERAERTS Thomas Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E) Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E) Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E) Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E) Nutrition
M. LAUWERS Frédéric Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E) Médecine d'urgence
M. LIBLAU Roland (C.E) Immunologie
M. MALAUAUD Bernard Urologie
M. MANSAT Pierre Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E) Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien Pneumologie
M. MOLINIER Laurent Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E) Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E) Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle Dermatologie
M. PAYOUX Pierre Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E) Hématologie
M. PERON Jean-Marie Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E) Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E) Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E) Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E) Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E) Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E) Pédiatrie
M. SANS Nicolas Radiologie
Mme SELVES Janick Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E) Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E) Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte Pédiatrie
M. COGNARD Christophe Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme Cardiologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Soulat,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, merci pour votre implication auprès des internes, de votre encadrement et de la valorisation de notre spécialité.

A Monsieur le Professeur François-Xavier Lesage,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury et de bien vouloir juger ce travail.

A Madame le Docteur Yolande Esquirol,

Je te remercie d'avoir bien voulu faire partie de ce jury. Merci pour l'intérêt que tu portes aux internes pour notre enseignement ainsi que pour ton écoute, l'aide et les temps passé par rapport à mes différentes interrogations et notamment pour la mise en forme de ce travail.

A Monsieur le Docteur Fabrice Hérin,

Merci Fabrice pour l'aide précieuse que tu as pu me fournir par ton écoute et tes conseils avisés. Merci pour la confiance et l'autonomie que tu m'as accordé dans le service de pathologie professionnelle ainsi qu'au centre COVID. Cette période si particulière où l'on a dû tous travailler ensemble restera ancrer dans ma mémoire. Je te remercie pour la transmission de ton savoir ainsi que par les moments de distraction et de partage auquel tu m'as convié.

A Monsieur le Docteur Michel Niezborala,

Merci Michel d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et pour la confiance que tu m'as accordé en m'offrant la possibilité de réaliser ce travail de thèse dans les meilleures conditions. Merci pour ton aide précieuse, tes réponses rapides et les conseils prodigués durant ces 2 années de travail. Sans ton aide, la réalisation et la présentation de cette thèse n'aurait pu avoir lieu. Merci pour le temps que tu as pu prendre afin de me faire découvrir notre spécialité durant mon premier semestre au sein de l'ASTIA.

De sincères remerciements à toutes les personnes qui ont accepté de participer au projet d'enquête et d'y consacrer du temps dans un emploi du temps souvent chargé.

A MA FAMILLE,

A mes parents, sans qui je ne serais là aujourd'hui. Je ne saurais jamais comment vous remercier, les mots n'ont que peu de poids par rapport à tout l'amour que vous m'avez donné. Merci pour tous les sacrifices que vous avez pu faire afin que je puisse mener ces études à bien. Merci également pour votre soutien sans faille dans ma vie personnelle et pour les valeurs que vous m'avez appris. Cette thèse est aussi la vôtre.

A mes grands-parents d'à côté, merci pour votre bienveillance, votre générosité et l'amour que vous avez toujours fait part à mon égard et envers tous vos petits-enfants.

A mes grands-parents de la clie, à toi papi qui nous regarde de là-haut, je n'oublierai pas ces mercredis après-midi de pêche à l'écrevisse, de l'amour inconsidérable que tu accordés aux tiens, de la malice que tu avais et que tu nous as certainement transmis. A toi mamie, à ces longues nuits d'enfance à jouer ensemble, merci de m'avoir transmis la passion du jeu et des cartes. Merci pour ta présence, ton écoute et de l'intérêt que tu m'as toujours porté.

A ma sœur, merci pour l'importance et de la préoccupation que tu donnes à ton petit frère depuis qu'il est petit. Merci pour ta générosité, ton soutien dans ma vie professionnelle et personnelle, de l'intérêt que tu m'accordes et de m'avoir donné 2 petits neveux extraordinaires. En espérant pouvoir me rapprocher de vous prochainement.

A mon frère, merci pour tous les moments que tu as sus me faire partager et qui m'ont permis d'apprendre ce que pouvait être la définition de l'amitié dès mon plus jeune âge. La rencontre de certaines personnes si importantes à mes yeux ce jour le sont grâce à toi. Ma passion pour le foot est également en grande partie de ton fait. Merci pour tout.

A ma belle-sœur et à mon beau-frère, merci de faire partie de notre famille. C'est toujours un grand plaisir de vous voir et de passer du temps avec vous. Encore un grand merci à toi Maud pour le temps que tu as pris afin de me relire et corriger mes nombreuses fautes d'orthographe ainsi que de m'avoir donné 1 petite nièce aussi mignonne que virevoltante. Merci à toi Cyril pour ces différents moments que l'on a pu partager notamment dans les Pyrénées auxquels tu me convies toujours.

A ma nièce et à mes neveux, à tous ces moments de partage et de complicité que l'on a pu passer ensemble. C'est un immense plaisir de vous voir grandir. J'espère que dans les années à l'avenir, on se forgera nos propres souvenirs. Je vous aime fort.

A MES AMIS

A mes copains de l'internat, Caro, Eul, Axou, Marine, Alice, Sof, Mon Prince, Malo, Ben. A cette année de cohabitation en haut de la colline de Ranguel, les soirées canapé, cette fameuse nourriture jaune de l'internat, nos chambres vétustes, les 7to1 mais surtout à votre rencontre. Grâce à vous, j'ai réussi à trouver ma place au sein de cette nouvelle ville et vos rencontres m'ont conforté indirectement à l'idée d'avoir fait le bon choix de venir à Toulouse. Ce passage de ma vie d'interne est écrit à vos côtés. J'espère que l'on en écrira beaucoup d'autres dans les années à venir.

A mes deux zinc ch'timis et réunionnais, Antoine et Manu : votre rencontre marquera à toujours mon passage à Toulouse. Il paraît que les opposés s'attirent mais peut-être faudrait-il modifier ce proverbe ... J'ai su rencontrer 2 personnes à la mentalité et au principe qui me correspondent tant. Bien sûr, certains de nos principes peuvent tendre à certains vices mais bon faut bien nous trouver quelques défaut ...

Merci à toi Antoine pour tout le temps et les bons moments que l'on a pu passer ensemble (foot, rando, tonton et j'en passe ... surtout cette dernière catégorie car la liste est bien trop longue).

Merci à toi Manu pour cette année de colocation, à ces tonnes de canard mangé (et BAM !!), cette période de confinement passé ensemble et surtout pour la personne que tu es avec qui j'ai eu la chance de pouvoir cohabiter et apprendre à connaître.

A mon premier coloc toulousain, Guillaume, à tous ces bons moments de cette année passés ensemble. Je retiendrais ta personnalité calme et imperturbable devant FIFA mais surtout au fait que tu as été le premier à m'avoir ouvert ta porte et à m'avoir accueilli qui ont fait que l'on a pu partager cette année et ces souvenirs ensemble.

A mon Geoffrey, bien sûr que j'étais obligé de faire un aparté sur nous. On se suit sans se suivre depuis l'âge de 15 ans, par nos foulées sur la pelouse du Polygone, au petit Marseille, la casse aux prêtres du haut quand ce n'était pas celle du bas ... Puis nos années à la faculté, à Mignaloux avec notre Babas. Que de souvenirs. Puis nous voilà encore tous les deux à Toulouse. A ces soirées en duo très ritualisées. J'assimile notre amitié à du bon vin, plus le temps passe plus elle se bonifie. J'espère que l'on pourra faire de grand cru. Merci à toi aussi Maéva d'accepter de me le prêter de temps en temps, pour ta gentillesse, ton sourire, ta simplicité et bien-sûr à notre souvenir avec le chauffeur de taxi ...

A l'équipe de foot de l'internat, La Foule, Marcus, Coach Droz, Clem, Yopo, Vince, Guigui, Pierre L, Basilou et tous les autres. Merci pour ces nombreux moments de plaisir et de souvenir durant ce cursus d'interne. Merci de m'avoir intégré et fait une place au sein de cette équipe.

A mes copains d'avant – d'aujourd'hui et de demain : Sandrine, Céline, Mathilde, Elise, Marie, Amélie, Ophélie, Dave, Gab (alias le petit gros), Flo, Tom, Pm, Raphy, Vico, Rcout, Jp, Aurel, Hugo, Tangu, Arthuro, Dampich. La liste est bien trop longue pour que je puisse écrire un mot sur chacun

d'entre vous ... Nous avons vécu tellement de moment ensemble que je pourrais en écrire une seconde thèse ... Il ne se passe pas un jour sans que l'on s'écrive sur notre conversation riche en histoire et en péripétie. Je me rappelle de ces soirées à Poitiers, ces séjours en Creuse, au ski, à Majorque etc ... Pourvu qu'il y en ai pleins d'autres et qu'un jour nous puissions être plus rapproché tous ensemble même si la distance n'a jamais fait peur à aucun d'entres nous comme le témoigne ce jour !! Ne changeons pas et continuons ce que nous avons commençais 😊

A mes amis de toujours, Noémie, Enzo, Hugues, Romain, Willou : nous nous connaissons depuis tout petit. Tant de moment magnifiques passés et vécu déjà ensemble et que nous continuons à créer. Je pense qu'il est impossible de faire plus belle amitié. C'est toujours un bonheur de rentrer chez soi, de savoir que l'on va se réunir, partager des moments que j'assimile d'uniques et dur de repartir loin de vous. Si la page toulousaine devait se tourner, nul doute que vous en serez les premiers responsables. Nul besoin d'écrire plus de mots pour vous dire ce que j'éprouve pour vous ...

A TOUS CEUX RENCONTRES AU TRAVAIL

A mes co-internes et aux anciens, Charlène, Mélisande, Philippine, Margaux, Sarah, Lamia, Stéphanie, Bassam, Paul, Antoine, Jérôme, Clément, Johan, Olivier, Adrien, Martin, merci pour tout ces bons moments passés ensemble.

Mention spéciale pour ma co-interne Caroline mais surtout amie avant tout !! Merci pour ton écoute, ta générosité, tes précieux conseils ainsi que pour ta disponibilité. Merci pour tous ces moments passés ensemble que cela soit à l'hôpital, à l'internat, en ville, en vacance et à tous ceux à venir !!

A l'équipe de l'ASTIA de Labège et notamment à Séverine, Thierry, Noémie, Cathy, Loïc. Merci de m'avoir accueilli dans les meilleures conditions pour mon premier stage, de votre bienveillance et de m'avoir fait découvrir la spécialité.

A l'équipe de médecine du sport, merci à Virginie, Fabien, Éric, Clément, à mes deux co-internes Camille et Manu ainsi qu'aux secrétaires. Merci pour votre gentillesse et de m'avoir fait découvrir cet univers que j'apprécie tant. Mon internat à l'hôpital n'aurait pas pu mieux commencer.

A l'équipe du CNRS, Naima, Florence, Anne-Françoise, Stéphanie C, Marjorie, Stéphanie V, Inès, Chrystel, Stéphane, merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre disponibilité. Mon passage au sein de votre service restera un très bon souvenir et un passage marquant de ma vie d'interne.

A l'équipe de Marchant, à Justine et à mes deux co-internes Bernadette et Johanna. Merci pour ce semestre. Sans vous il n'aurait pas eu la même saveur. Si j'en garde un très bon souvenir, c'est grâce à vous.

A l'équipe de Médipôle, merci à Sophie, Antoine, Christophe et à tout le reste de l'équipe !! Merci pour votre accueil et pour le temps que chacun d'entre vous à pu passer afin de me transmettre ses connaissances et son sens pratique. Ce stage fut un réel bonheur. Mon seul regret est que ce dernier se soit fini trop tôt à cause du COVID. Merci à vous tous.

A toute l'équipe du centre COVID, merci pour ces 3 mois que nous avons tous passés ensemble. Ce passage nous a fait vivre une véritable expérience professionnelle et humaine. J'en suis très heureux d'avoir pu le partager avec vous, merci à vous tous.

A l'équipe de pathologie professionnelle, un grand merci aux secrétaires, à Christophe ainsi qu'aux différents intervenants pour leur encadrement et leur disponibilité.

Table des matières

I.	ABRÉVIATION	3
II.	TABLEAUX.....	5
III.	INTRODUCTION.....	6
IV.	ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ACTUELLES	9
A.	Synthèse revue de la littérature	9
1.	Population étudiée.....	9
2.	Méthodologie.....	11
a)	Modalité d'évaluation.....	11
b)	Mode de recueil des caractéristiques de l'emploi.....	11
i.	Modèle de Karasek.....	12
ii.	Modèle de Siegrist	15
iii.	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ).....	17
iv.	Autres.....	18
c)	Consommation médicamenteuse	19
d)	Caractéristiques professionnelles	21
e)	Caractéristiques non professionnelles.....	22
3.	Synthèse des résultats	23
a)	Au Japon.....	23
b)	En Amérique du Nord	24
c)	En Europe du Nord.....	26
d)	En Europe de l'Ouest.....	26
e)	En France.....	36
f)	Au total.....	47
g)	Tableaux récapitulatifs bibliographiques.....	49
B.	Le but de notre étude	72
V.	DÉROULEMENT DE NOTRE ETUDE	73
A.	Présentation générale.....	73
B.	Le questionnaire	73
C.	L'analyse statistique.....	77
1.	La description des données	77
2.	Les croisements entre les données de consommation médicamenteuse et les autres variables.....	78
a)	Les traitements préliminaires	78

i.	La création de certaines variables	78
ii.	Le traitement des données manquantes	80
iii.	Le statut des données	80
b)	La stratégie d'analyse.....	82
VI.	RÉSULTAT	83
A.	Description des variables professionnelles.....	83
B.	Caractéristiques de la population	83
C.	Description de la consommation médicamenteuse	87
D.	Description de la consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail	92
VII.	DISCUSSION.....	96
A.	Nos principaux résultats	96
1.	Consommation médicamenteuse.....	96
2.	Consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail	99
B.	Comparaison par rapport aux résultats de la littérature.....	101
C.	Points forts.....	101
D.	Points faibles.....	103
VIII.	CONCLUSION.....	105
IX.	BIBLIOGRAPHIE	107
X.	ANNEXES	111

I. ABRÉVIATION

aPR : adjusted Prevalence Ratio

ATC : Anatomical Therapeutical Chemical

ATDC : Antécédent

CDD : Contrat à Durée Déterminé

CDI : Contrat à Durée Indéterminé

COPSOQ : Copenhagen Psychosocial Questionnaire

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ERI : Effort Reward-Imbalance

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GHQ: General Health Questionnaire

HR: Hazard Ratio

HTA : Hypertension Artérielle

IDEST : Infirmier Diplômé d'Etat en Santé au Travail

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JCQ : Job Content Questionnaire

LIPT : Leymann Inventory of Psychological Terror

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR: Odds Ratio

PSS4: Perceived Stress Scale 4

VIP : Visite d'Information et de Prévention

II. TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la bibliographie	50
Tableau 2 :Correspondance du nom des variables utilisées dans les tableaux de résultats et de l'intitulé intégral utilisé dans le questionnaire	83
Tableau 3 : Caractéristiques des effectifs de chaque catégorie exploitée et pour chaque catégorie de score pour 3 132 salariés.....	85
Tableau 4 : Caractéristiques des secteurs d'activités des 3 132 salariés.	86
Tableau 5: Relations entre la consommation médicamenteuse globale / par classe médicamenteuse et le vécu du travail. Régression logistique ascendante pas à pas forçant la présence des facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*	91
Tableau 6: Relations entre la consommation médicamenteuse par classe médicamenteuse attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique ascendante pas à pas forçant la présence des facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*	92

III. INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, dans les pays développés, le monde du travail a subi de nombreux changements dus entre autres, à la concurrence internationale accrue, à l'intensification du travail et à la restructuration des entreprises.

Dans ce contexte, nous avons donc pu remarquer des évolutions majeures au sein des entreprises concernant les conditions et les méthodes de travail dans cette période de défis concurrentiels parmi lesquelles les salariés sont soumis entre autres à la pression du rendement.

Les conditions de travail regroupent d'une manière générale l'environnement dans lequel les employés vivent sur leur lieu de travail. Elles comprennent la pénibilité, les risques du travail effectués ainsi que les horaires ou l'environnement de travail (bruit, chaleur, exposition à des substances toxiques, les délais de production d'un produit, etc.). L'environnement de travail pour le salarié est caractérisé par l'ensemble des facteurs sociaux, psychologiques, environnementaux, organisationnels et physiques.

Les évolutions du travail exposent à l'augmentation des contraintes professionnelles qu'elles soient physiques et psychologiques : par exemple, les tensions liées au vécu au travail, le stress perçu, sont responsables d'un nombre croissant de problèmes de santé liés au travail tel que les pathologies cardiovasculaires et surtout les troubles mentaux, en particulier la dépression.

Notre étude s'est focalisée sur les salariés disposant d'un suivi médical avec un service de santé au travail et sur leur consommation médicamenteuse. Cette étude s'inscrit dans un continuum d'études réalisées tous les 10 ans depuis 1986 dans la région Toulousaine.

La consommation médicamenteuse est un reflet de la santé physique et mentale mais elle possède aussi une composante comportementale (1). Le recours au médicament diffère selon les pays en fonction de sa disponibilité (vente libre ou non), de son prix en pharmacie (exemple Etats-Unis versus France) et de facteurs culturels. Il est établi qu'en France la consommation médicamenteuse est particulièrement fréquente comparativement à d'autres pays de même niveau de développement (2). Cela signifie probablement qu'en France plus

qu'ailleurs, on a recours au médicament pour traiter des symptômes y compris dans le cas où aucun état pathologique ne peut être caractérisé. Dans notre contexte culturel spécifique, le repérage de consommation médicamenteuse pourrait être un signe d'alerte précoce d'une dégradation de la relation santé-travail qui pourrait permettre aux équipes santé travail d'agir en prévention secondaire précoce et prévenir ainsi des troubles plus sévères et plus complexes à prendre en charge.

Par ailleurs, les manifestations et symptômes liés au stress sont multiples. Ils peuvent différer entre les personnes et ils peuvent varier en fonction du contexte pour une même personne. De ce fait, il est souvent complexe de caractériser des troubles en rapport avec une dégradation du contexte psychosocial au sein d'un collectif de travail. Si l'on admet que l'émergence de symptômes, quelle que soit leur nature ou leur origine, a tendance à favoriser la consommation médicamenteuse, alors le niveau de consommation (ou son évolution au fil du temps) dans un groupe professionnel pourrait constituer un indicateur synthétique, non spécifique mais relativement objectif, qui permettrait d'alerter précocement l'entreprise.

De plus en plus d'examens de suivi en santé-travail sont réalisés par des non-médecins comme les infirmières en santé et travail. A l'heure actuelle, le suivi de l'état de santé du personnel d'une entreprise est très généralement assuré par plusieurs professionnels de santé qui se partagent les salariés à suivre et/ou se succèdent dans le suivi d'un même salarié. Pour garantir la cohérence et la continuité de la collecte d'indicateurs relatifs à la relation santé - travail au niveau du collectif, il devient primordial que tous les professionnels de santé disposent des compétences pour recueillir les indicateurs sélectionnés. L'infirmière ne pouvant porter de diagnostic médical et étant limitée dans la pratique de l'examen physique, les données d'interrogatoire semblent particulièrement intéressantes dans ce contexte ; et notamment le recueil de la consommation médicamenteuse.

Au final, le recueil de la consommation médicamenteuse est accessible à tous les professionnels de santé au travail chargés d'assurer le suivi individuel de l'état de santé des salariés. Son niveau (ou son évolution au fil du temps) pourrait constituer un indicateur synthétique précoce d'alerte pouvant signifier une dégradation du vécu du travail. C'est pourquoi l'objectif de ce travail était d'établir l'existence de liens entre la consommation médicamenteuse globale ou entre la consommation de certaines classes pharmacologiques

et le vécu de certaines conditions de travail physiques ou psychologiques souvent définies comme pénibles.

IV. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ACTUELLES

La revue de la littérature a été réalisée grâce au moteur de recherche scientifique MEDLINE (PubMed).

Les principaux mots clefs utilisés afin d'évaluer la consommation médicamenteuse étaient les suivants : drug consumption, substance use, psychotropic substances, psychotropic drug use, drug utilization.

Concernant le vécu au travail, les principaux mots clefs étaient : occupational factors, working conditions, psychosocial work factors, working environment, job satisfaction.

39 articles ont été retenus puisqu'ils décrivaient l'utilisation détaillée d'au moins une classe médicamenteuse ou l'apparition d'une pathologie qui conduisait à un traitement en lien avec l'étude des conditions de travail, le vécu au travail ou le stress engendré par le travail.

Ces articles sont parus entre 1993 et 2020.

Concernant le détail de ces 36 articles : 16 sont des études longitudinales, 19 sont des études transversales et 1 méta-analyse.

D'après la littérature scientifique, globalement peu d'études se sont donc intéressées sur celle du vécu du travail et la consommation de médicaments chez les travailleurs.

A. Synthèse revue de la littérature

1. Population étudiée

D'après la revue de la littérature, nous avons observé que les échantillons dans les différentes études sont très variables et différent par de multiples caractéristiques notamment par les caractéristiques professionnelles et sociodémographiques. Ces différences doivent être prises en compte dans l'interprétation et dans la comparabilité des résultats des différentes études.

Premièrement concernant le genre. Même si la plupart des articles différencient le genre dans leurs résultats (3) (4), d'autres ne le font pas. (5)

Deuxièmement concernant la nationalité de l'échantillon de l'étude. La différence de nationalité en fonction de la population étudiée impose directement des différences dans le rapport de consommation (6). Nous pouvons très bien imaginer que le rapport entre un état physique et/ou psychologique et l'accès et la consommation médicamenteuse qui en résulte peut-être relativement variable entre les différents continents voir même entre les pays d'un même continent. Un grand nombre d'études retrouvées dans la littérature proviennent des pays scandinaves (7–10), d'autres de pays d'Europe de l'ouest (11–14), d'autres de pays nord-américain (5,15,16) ou encore de pays de l'Asie de l'est. (17)

Troisièmement concernant les catégories socio-professionnelles. Certains articles s'intéressent à une catégorie professionnelle spécifique ou restreinte comme une population de médecins anesthésistes (18), un secteur de l'administration publique (11) tandis que d'autres études s'intéressent de façon plus globale aux différents corps de métiers présents dans l'échantillon (19,20).

Quatrièmement concernant les catégories d'âges étudiées. De même que pour les catégories socio-professionnelles, on peut retrouver des catégories d'âges spécifiques qui sont ciblées dans une population active en seconde partie ou fin de carrière comme les 45-60 ans dans l'étude des facteurs professionnels associés à la prise de médicaments (21) ou les 40-60 ans (20,22) tandis que d'autres études ciblent tous salariés en activité indépendamment de leur âge (23,24).

Ce ciblage de classe d'âge doit alerter sur la notion que la population générale est plus à même de consommer naturellement des médicaments par le fait que son âge augmente et peut être un paramètre de confusion à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

2. Méthodologie

a) Modalité d'évaluation

D'après la revue de la littérature, nous avons retrouvé différentes études observationnelles qui soit étaient construites de façon transversale, soit de façon longitudinale, soit de façon transversale avec un suivi longitudinal.

Les différentes études ont pour but de mettre en évidence un lien entre divers facteurs de risques professionnels et une altération de la santé physique ou psychologique qui se traduisait par une prise de médicament.

Les études transversales permettent d'estimer la prévalence mais ne permettent pas d'estimer l'incidence contrairement aux études longitudinales.

Il n'y a pas de prise en compte de la chronologie et l'interprétation reste difficile pour déterminer une imputation causale.

Leur niveau de preuves scientifiques est inférieur aux études longitudinales mais elles présentent l'avantage de nécessiter moins de temps et de ressources pour être réalisées.

Cependant, les études transversales génèrent des hypothèses étiologiques et sont le préambule à de nouvelles enquêtes.

b) Mode de recueil des caractéristiques de l'emploi

Pour l'étude des caractéristiques professionnelles, la moitié des études retrouvées s'appuient sur 3 questionnaires validés scientifiquement : le Job Content Questionnaire utilisant les différentes versions du modèle demand-control de Karasek (3,5,11,15,17,19,20,25–27) avec leur version équivalente en fonction du pays réalisant l'étude comme au Japon (17) ou en Suède (19) , le modèle effort-récompense de Siegrist (9,26,28,29) ou associé en complément

du modèle de Karasek (26,28) et le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (4,10,24,30,31) .

i. [Modèle de Karasek](#)

Cet outil est probablement à ce jour l'outil mondial le plus répandu et le plus utilisé pour conduire un diagnostic de l'état du stress professionnel (« job strain ») dans une organisation.

En 1979, Robert A. Karasek a défini initialement un modèle bidimensionnel qui évolue vers un modèle interactionniste du stress professionnel. (32)

Il évalue la relation entre la dimension des exigences du travail notamment psychologique (« job demand »), et la dimension de liberté de décision (« job control ») dans l'appréciation de la charge mentale du salarié (« job strain »).

Le modèle du stress au travail, dit « demand-control model » repose donc sur la notion d'équilibre entre 2 dimensions : la demande psychologique et la latitude décisionnelle.

La demande psychologique est associée à la réalisation des tâches professionnelles. Elle concerne la charge de travail et les contraintes organisationnelles exercées sur l'individu (l'intensité et la quantité de travail, le temps disponible pour exécuter la tâche, l'interruption des tâches, etc ...)

La latitude décisionnelle désigne la possibilité de contrôle que possède l'individu sur son travail.

Elle recouvre l'autonomie dans l'organisation de son travail par les possibilités d'intervention, de prise de décision et de contrôle que le salarié peut avoir sur ses tâches professionnelles.

Le modèle se décompose ainsi en quatre situations spécifiques de travail ; une demande psychologique élevée avec un contrôle élevé (travail actif), une demande faible avec un contrôle élevée (travail détendu), une demande faible avec un contrôle réduit (travail passif) et une demande élevée avec un contrôle réduit (job strain).

Cette dernière situation provoquerait un stress élevé avec des risques de tension psychologique et d'altération de la santé.

Concernant le travail actif, la combinaison d'une demande psychologique élevée avec un contrôle élevé, induirait « un stress positif » et rendrait le travailleur plus dynamique.

Pour le travail détendu, l'association d'une demande psychologique faible avec un contrôle élevé rendrait le travail peu contraignant et donnerait une grande liberté de décision.

Enfin pour le travail passif, la combinaison d'une demande psychologique faible avec un contrôle faible tiendrait l'individu à l'écart de problématique psychologique mais pourrait à un moment donné entraîner directement l'ennui et avoir des conséquences négatives sur la santé.

Dans un second temps, Alfred A. Karasek souligne, comme limite à son modèle, l'absence de prise en compte du soutien social.

En 1990, Karasek et Theorell actualisent le modèle afin d'y inclure l'influence du soutien social. (33) Cette deuxième version du modèle de Karasek est donc tridimensionnelle, et est désignée sous le terme de « job demand-control-support model ».

Le soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie joue un rôle modérateur et nécessite moins d'énergie afin de pouvoir s'adapter vis-à-vis des conséquences négatives de la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle.

Une nouvelle notion apparaît : « l'iso-strain ». Elle est définie par l'association d'exigences élevées au niveau du travail, peu ou pas de contrôle sur son propre travail et un soutien social faible de la part de l'équipe de travail ou de la hiérarchie. Elle représente le plus grand risque pour la santé mentale et cardio-vasculaire.

Selon le nombre d'échelles retenues, il peut exister des versions plus ou moins longues du questionnaire.

Le modèle de Karasek est accompagné par un questionnaire qui explore donc les trois dimensions, publié en 1985, nommé le Job Content Questionnaire (JCQ).

Le JCQ associe les exigences physiques et l'insécurité du travail.

Aujourd'hui, il représente 49 questions explorant les différentes dimensions citées :

- Latitude décisionnelle (19 items) ;
- Demande psychologique et charge de travail mentale (8 items) ;
- Soutien social (11 items) ;
- Exigences physiques (5 items) ;
- Insécurité du travail (6 items).

Il est également possible d'utiliser une version abrégée utilisant 26 questions ou de sélectionner les questions ne portant que sur les 2 catégories principales du modèle de Karasek, soit 18 items.

Les réponses sont données grâce à une échelle de Likert comportant quatre degrés de réponse : pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord.

Plus les scores augmentent, plus les niveaux de demande, de latitude et de soutien augmentent. Il est possible de comparer les résultats avec des données de référence.

Le modèle a été validé et testé dans plusieurs grandes études épidémiologiques (34) et le JCQ est disponible dans 22 langues.

ii. Modèle de Siegrist

Le modèle de Johannes Siegrist apparu en 1986 repose sur le modèle « déséquilibre effort-récompense » ou encore nommé « effort reward-imbalance » (ERI).

Il est parfois utilisé en complément du modèle de Karasek car ce dernier ne prend pas en compte les perspectives de carrière et de sécurité de l'emploi.

Il repose sur le concept qu'une situation de travail se caractérisant par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses s'accompagnent de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et psychologique. (35)

Il comprend à la fois un questionnaire qui évalue le rapport effort-récompense et un questionnaire évaluant le surinvestissement dans le travail.

La notion d'effort peut provenir de deux sources :

- L'effort extrinsèque (proche du concept de la demande psychologique de Karasek, ce sont les contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique et physique) lié aux contraintes de temps, aux interruptions fréquentes des tâches, aux nombreuses responsabilités, à l'augmentation de la charge de travail et à l'effort physique,
- L'effort intrinsèque (aussi appelé surinvestissement) traduit les attitudes, les comportements associés à un engagement excessif dans le travail. Cela peut être les motivations liées à un besoin inné de se dépasser, l'impossibilité de s'éloigner du travail, difficulté à se détendre après le réveil, de se sentir estimé ou approuvé.

La récompense est envisagée sous trois axes :

- Le niveau de rémunération ;
- L'estime reçue au travail de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques ;
- Le degré de contrôle de son statut professionnel : les perspectives de promotion, d'opportunités de carrière et la sécurité de l'emploi.

Un déséquilibre entre des efforts extrinsèques élevés et des récompenses faibles entraîne des réactions néfastes sur le plan émotionnel et physiologique.

La version longue du questionnaire de Siegrist comporte 46 items, tandis que la version courte en comporte 23 (l'échelle de surinvestissement est raccourcie). Une troisième version à 16 items a été créée en 2009.

Les réponses sont données grâce à une échelle de Likert comportant quatre degrés de réponse : pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord.

Pour évaluer les résultats et le déséquilibre entre les efforts et les récompenses, un ratio est calculé en fonction des réponses aux différents items qui permet d'obtenir une valeur.

Si cette valeur est au-dessus de 1, elle indique une quantité importante d'efforts non récompensés et si la valeur est en dessous de 1, elle indique une quantité de récompenses supérieures aux efforts fournis.

Plus cette valeur est élevée, plus le déséquilibre est important.

iii. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

Le COPSOQ a été développé à partir de 1997 par Kristensen et ses collaborateurs au Danemark. (36)

D'après ces auteurs, les modèles de Karasek, de Siegrist et les autres questionnaires existants étaient incomplets pour évaluer l'ensemble des dimensions de l'environnement psychosocial du travail.

Le but était d'élaborer un questionnaire qui tenait compte des tâches du travail, de l'organisation de travail, des relations interpersonnelles, de la coopération et du leadership au travail.

Les chercheurs ont élaboré trois versions du questionnaire du COPSOQ I : une version longue pour la recherche, une version moyenne pour l'utilisation par des professionnels en santé et une version courte pour l'utilisation directe par les milieux de travail.

Cependant, les auteurs se sont aperçus du manque de certaines dimensions comme la reconnaissance, la confiance, la justice et la discrimination qui ont donc été rajoutées dans le COPSOQ II. Il possède également 3 versions.

S'y ajoutent des valeurs en milieu de travail comme la confiance envers la direction et les collègues de travail. Ainsi que la présence de comportement néfaste tel que les menaces et la violence physique, le harcèlement physique et sexuel, les conflits et querelles sur le lieu de travail. Et enfin, la santé et le bien être évalués en partie par la santé générale, la présence de symptômes somatiques – psychologiques – cognitifs et le burnout.

Un maximum de facteurs psychosociaux a donc été intégré dans le questionnaire et ce dernier a été traduit dans plus de 25 langues.

iv. Autres

On retrouve aussi le Leymann Inventory of Psychosocial Terror (LIPT) (37) permettant d'évaluer la prévalence d'exposition à des situations de violence psychologiques au travail sur les 12 derniers mois. Le questionnaire comprend 45 situations de violences psychologiques au travail également appelé « mobbing » qui a été identifié par Leymann.

Ces situations ont été regroupées en 5 catégories : les agissements empêchant la personne de s'exprimer, ceux visant à isoler la personne, ceux visant à discréditer la personne dans le travail, ceux visant à déconsidérer la personne auprès des collègues et ceux visant à compromettre la santé de la personne.

Par définition, il faut avoir au moins subi une situation par semaine durant 6 mois pour être considéré comme exposé à la violence psychologique au travail.

D'autres études comprenaient des questions simples (8) pour l'évaluation des conflits interpersonnels au travail : "Avez-vous eu des difficultés avec vos collègues/supérieurs subordonnés durant les 6 derniers mois, durant les 5 dernières années, au-delà des 5 ans ou jamais ? Ceux qui ont fait état de difficultés au cours des 6 derniers mois ont été classés comme des personnes ayant récemment eu des conflits interpersonnels au travail, et le reste a été classé comme des personnes n'ayant pas de conflit interpersonnel au travail.

On retrouve pareillement : « s'ils avaient déjà été victimes et observateurs d'intimidation sur leur lieu de travail actuel, plus tôt dans la même ou sur un autre lieu de travail, jamais ou ne pouvait pas dire ». (22)

c) Consommation médicamenteuse

De multiples caractéristiques sur la consommation médicamenteuse diffèrent selon les études.

Premièrement, la méthode de recueil de la consommation médicamenteuse. Dans un grand nombre d'études scandinaves (10,20,22,30,31,38), elle est issue du registre national de la sécurité sociale. Chaque résident dispose d'un numéro d'identification personnel unique attribué à la naissance. Ce numéro d'identification permet de relier le sujet à différents registres comme celui des prescriptions assignées à la sécurité sociale, ceux de la population et d'obtenir des données sociodémographiques ou encore celui des employeurs. Avec le consentement du salarié, il est donc possible de pouvoir coupler directement ces différents registres. Les données médicamenteuses comprennent tous les achats de médicaments psychotropes remboursés sur ordonnances et distribués en pharmacie. On retrouve aussi comme moyen de recueil dans les études, une question ouverte concernant la prise d'un traitement quotidien, sans recherche antérieure sur les jours ou les mois passés. Le sujet doit déclarer le nom du médicament, sa posologie prise et sa durée de prise. (21) On retrouve également des enquêtes téléphoniques (12) réalisées par des enquêteurs spécialement formés, des enquêtes où les sujets sont interrogés au domicile par des professionnels de santé formés également puis revus en consultation dans un second temps (39) ou encore durant une consultation médicale. (40)

Deuxièmement, on note des écarts entre les différentes études sur la période recueillie pendant laquelle on recherche une consommation médicamenteuse sur le plan prospectif et rétrospectif. Dans deux études s'intéressant à la consommation d'antidépresseurs, l'utilisation incidente d'antidépresseurs était définie par la consommation d'au moins une fois durant les 5 ans de suivi (9) ou l'utilisation d'au moins une fois durant les 6 ans de suivi (11). Dans une étude Toulousaine (14), initialement la classe thérapeutique était demandée afin de savoir s'il y avait une consommation de médicaments pour la dépression, l'anxiété, les troubles du sommeil, les problèmes digestifs ou pour toute autre raison au cours des 3 mois précédents. Dans une étude espagnole (13), la prise d'hypnotiques et de benzodiazépines se rapportent sur les 2 jours précédents l'enquête.

Troisièmement, on relève des différences sur le recueil du rythme de consommation. Dans une étude finlandaise, (8) le recueil de la consommation médicamenteuse a été faite en auto déclaration en demandant aux sujets de l'étude, combien de jours avaient-ils consommé ces médicaments au cours de l'année précédente : jamais, moins de 10 jours, 10-59 jours, 2-6 mois ou plus de 6 mois. Le seuil significatif de consommation a été fixé à ceux qui utilisent des tranquillisants et des hypnotiques plus de 10 jours par an et des analgésiques au moins 60 jours par an. Dans une étude française (41), différenciant les antidépresseurs - les anxiolytiques et les hypnotiques, il a été demandé la consommation de ces psychotropes sur les 12 derniers mois. La consommation était définie par la prise d'au moins une fois par semaine pour les anxiolytiques / hypnotiques et sans notion de fréquence pour les antidépresseurs.

Quatrièmement, on observe des différences de durée des périodes de suivi. Pour les études longitudinales, la durée de recueil est variable pouvant aller de 3.5 ans (4), 5 ans (9), 10 ans (10).

Cinquièmement, on note des différences entre les classes médicamenteuses recherchées. En fonction de l'étude, certaines ciblent la consommation médicamenteuse globale (42), d'autres les psychotropes dans leur ensemble (14,21,41), ou encore une seule classe thérapeutique des psychotropes (38,40).

Sixièmement, le moyen de classification des médicaments. Toutes les études à l'exception de deux (3,21) sont classées selon la classification Anatomic Therapeutic Chemical (ATC) contrôlée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La classification ATC repose sur cinq niveaux de classement qui correspondent aux organes (ou systèmes d'organes) cibles, et aux propriétés thérapeutiques, pharmacologiques et chimiques des différents produits.

Le premier niveau (première lettre) définit le groupe anatomique parmi 14 différents. Le deuxième niveau (deux premiers chiffres) donne le sous-groupe pharmacologique ou thérapeutique principal. Les troisième et quatrième niveaux (deuxième et troisième lettres)

correspondent à des sous-groupes chimiques, pharmacologiques ou thérapeutiques. Le cinquième et dernier niveau (deux derniers chiffres) indique la substance chimique. (43)

d) Caractéristiques professionnelles

Comme nous l'avons déjà dit auparavant, un grand nombre d'études s'aident des questionnaires de Karasek, de Siegrist et de COPSOQ.

Donc parmi les caractéristiques professionnelles étudiées par ces questionnaires, on va retrouver la demande psychologique (charge de travail, contraintes organisationnelles liées aux contraintes de temps, rythme de travail, aux interruptions fréquentes des tâches, aux nombreuses responsabilités), la latitude décisionnelle qui recouvre l'autonomie dans l'organisation de son travail par les possibilités d'intervention, de prise de décision (gestion, management) et de contrôle que le salarié peut avoir sur ses tâches professionnelles ainsi que le soutien social de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques.

On va également retrouver l'étude des attitudes et comportements associés à un engagement excessif dans le travail que l'on appelle le surinvestissement.

D'autres caractéristiques professionnelles spécifiques concernant les conditions de travail sont étudiées afin d'objectiver un lien sur la consommation de médicaments avec :

- les situations conflictuelles au travail (8) définies comme ayant des difficultés considérables avec les collègues / supérieurs / subordonnés durant les 6 derniers mois,
- les différentes horaires de travail (classique avec et sans antécédent de travail de nuit, de nuit, par roulement, non réglementé) (19), de longues heures de travail classées par catégories allant de 32 heures à 40 heures par semaine, 40 heures à 48 heures par semaine et supérieur à 48h par semaine (30) ou supérieur à 40 heures par semaine (16) , des heures supplémentaires fréquentes (11),
- le harcèlement professionnel défini par ayant été intimidé sur le lieu de travail actuel et passé ainsi que s'il avait déjà observé de tel comportement sur leur lieu de travail

(22) ou par une exposition à au moins une forme d'intimidation durant les 12 derniers mois, de façon hebdomadaire ou plus et pendant au moins 6 mois (37)

- les violences au travail définies par l'exposition à des menaces et à des actes de violence physique sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois,
- le stress perçu au travail mesuré par l'échelle de Cohen (14,44)
- les risques physiques comme le bruit (11,20,40), le port de charges lourdes avec postures contraignantes, des expositions dangereuses (poussière, aux solvants et substances irritantes, température, etc...) (20,41), le niveau de vibration et de sédentarité du travail (45),
- le type de contrat de travail (38)

e) Caractéristiques non professionnelles

On retrouve de façon globale : l'âge, le genre, le niveau éducationnel, la catégorie socio-professionnelle, le statut matrimonial.

Et de façon plus spécifique en fonction de l'étude : la consommation alcoolo-tabagique, le niveau d'activité physique, l'IMC, le niveau de santé mentale évalué grâce au GHQ 12 (13), le revenu familial, l'état de santé en général, l'origine géographique (45), la prise en compte des maladies chroniques (19) et des pathologies mentales anciennes ou actuelle. (39)

3. Synthèse des résultats

a) Au Japon

L'objectif de l'étude était d'explorer l'association entre le stress au travail et la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population active japonaise défini par une mesure clinique d'une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 160 mmHg ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg. (17) Elle a inclus 3 400 femmes et 3 194 hommes âgés de 30 à 65 ans. Les caractéristiques professionnelles étaient recueillies à l'aide d'une version japonaise du questionnaire de Karasek. Selon le critère de l'hypertension, la prévalence dans l'échantillon était de 25,1% pour les hommes et 18,6 % (n=631) pour les femmes. Chez les hommes, la prévalence de l'hypertension augmentait à mesure que le niveau de contrôle du travail diminuait et que le niveau des exigences psychologiques et de la pression professionnelle (job strain) augmentaient. Après ajustement en fonction de l'âge, de l'emploi, de l'état civil, des antécédents familiaux d'hypertension, du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'activité physique et de l'IMC, seule l'association entre le « job strain » et la prévalence de l'hypertension était significative (OR=1,18 ; IC 95% 1,05-1,32), alors que ni le contrôle du travail ni les exigences n'étaient liées de manière significative à la prévalence de l'hypertension. Chez les femmes, les associations entre les caractéristiques de l'emploi et la prévalence de l'hypertension étaient incohérentes. D'après les résultats, l'ampleur de l'association semblait être le plus fort pour les classes sociales de niveau inférieur, où le niveau de pression sur l'emploi était plus élevé que celui de leurs homologues respectifs et dans la tranche d'âge supérieure. Pour les femmes dans cet échantillon, la pression du travail n'était pas associée avec de l'hypertension.

b) En Amérique du Nord

2 études longitudinales canadiennes utilisant les données d'une enquête nationale sur la santé de la population se sont intéressées sur le rôle du travail dans l'incidence de la consommation de psychotropes et les contributions de la profession et des conditions de l'organisation de travail dans la chronicité de sa prise. La période de l'étude allait de 1994 à 2003 avec un recueil tous les 2 ans, pour une population âgée de 15 à 55 ans, répertoriée comme main d'œuvre canadienne.

Pour la première, l'échantillon se constituait de 7 020 travailleurs. L'incidence de la consommation de psychotropes sur la période de suivi de 8 ans était estimée à 3.5%, ce qui reste relativement faible. Sur le plan des conditions de l'organisation du travail, seules les heures travaillées favorisaient une diminution du risque de débiter une consommation de médicaments psychotropes (OR=0,99 ; IC 95% 0,98-1,00). Le fait d'être une femme (OR=1.32 ; IC 95% 1,00-1,76), l'âge (OR=1,02 ; IC 95% 1,01-1,03), l'état de santé physique (OR=1,33 ; IC 95% 1,23-1,43), le tabagisme (OR=1,02 ; IC 95% 1,01-1,04) et les événements stressants dans l'enfance (OR=1,12 ; IC 95% 1,02-1,23) augmentaient le risque de consommer des psychotropes. Certains traits de personnalité comme le centre de contrôle (OR=0,96 ; IC 95% 0,93-0,99) et le sentiment de cohésion (OR=0,98 ; IC 95% 0,97-0,99) étaient protecteurs et diminuaient l'incidence. Cela signifierait qu'un travail à temps plein protégerait davantage le travailleur qu'un travail à temps partiel. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait qu'avec le temps passé au travail, les conditions de travail ont plutôt tendance à s'améliorer se traduisant par une diminution de la détresse psychologique et le rôle prépondérant des facteurs individuels et extra-professionnel. (25)

Concernant la seconde étude (15), il s'agissait d'un échantillon de 6 585 personnes. La prévalence d'au moins un épisode de consommation de psychotropes durant la période de suivi de 8 ans était de 16.8 % et d'au moins deux épisodes de consommation de psychotropes s'établissaient à 6.7 %. On retrouvait aussi une contribution faible du travail au risque chronique de consommation de psychotropes en dehors de la profession de cadres supérieurs (facteur aggravant) et des heures travaillées (facteur protecteur). Les cadres supérieurs indépendamment du genre avaient un risque significativement plus élevé de consommer

chroniquement des psychotropes que les autres catégories professionnelles. Les femmes directrices, superviseurs et cols bleus avaient un risque significativement plus élevé d'usage chronique de psychotropes comparativement aux hommes. Il était également noté le rôle essentiel des variables familiales et individuelles comme le statut marital, les traits de personnalité et l'état de santé physique.

Une étude transversale québécoise réalisée auprès de 2 786 sujets, âgés de 65 ans et moins effectuant au moins 35 heures de travail par semaine, occupant le même poste depuis au moins un an, travaillant dans un organisme du secteur public s'intéressait à l'association entre l'exposition à une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle et l'utilisation de psychotropes. La combinaison avec un faible soutien social était également prise en compte (5). 3.9% des participants déclaraient avoir pris un psychotrope dans les 2 jours précédents l'interrogation. L'association entre le « job strain » et la consommation de psychotropes, après ajustement sur de multiples cofacteurs, était statistiquement significative (OR=4,5 ; IC 95% 1,7-12,2). Le soutien social quant à lui ne modifiait pas cette association. Il est peu probable qu'un biais de rappel ait interféré avec les résultats au vu du délai court de la période de recueil mais il peut y avoir une sous-estimation de déclarations car la consommation de cette classe thérapeutique est socialement vue de façon négative.

Deux études faites aux Etats-Unis évaluaient la contribution de l'environnement de travail et l'apparition d'une hypertension artérielle.

La première, une étude réalisée en 2017, évaluait si les aspects sociaux, psychologiques et physiques de l'environnement de travail pouvaient favoriser l'apparition de l'HTA. (45) Elle s'intéressait à 6 535 ouvriers travaillant dans des entreprises de production industrielle. La prévalence de l'HTA était définie par deux mesures anormales ou plus durant l'année d'observation. Les résultats suggéraient que les aspects sociaux, psychologiques et physiques de l'environnement de travail pourraient contribuer à une proportion considérable de la prévalence de l'hypertension. Avoir un niveau d'exigences psychologiques élevées s'associait à un risque d'hypertension d'environ 15 % plus élevé. Concernant l'environnement social, on retrouvait des résultats surprenant car le fait d'avoir des sentiments positifs envers les responsables et un équilibre entre vie professionnelle et vie privée s'associaient à une plus grande hypertension. Pour l'aspect physique, aucune association statistiquement significative

n'était retrouvée bien que les ouvriers étaient associés à des niveaux plus élevés d'HTA. On peut supposer que la réglementation actuelle au travail s'est principalement concentrée sur les risques physiques et moins sur les aspects sociaux et psychologiques jusqu'à ce jour malgré les données démontrant leur influence sur la santé au travail.

La seconde, une étude réalisée en 2014, concernait 17 494 travailleurs représentatifs de la population américaine, issus d'une étude nationale, âgés de 18 ans et plus afin d'estimer la prévalence de l'HTA auto-déclarée et explorer son association avec certains facteurs psychosociaux (insécurité d'emploi, déséquilibre vie professionnelle – vie privée et travail en milieu hostile). (16) L'environnement de travail hostile était défini par la question suivante : au cours des 12 derniers mois, avez-vous été menacé, intimidé ou harcelé par quelqu'un pendant que vous étiez au travail ? Sa prévalence était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes comme dans la population générale. L'insécurité de l'emploi (aPR=1,11 ; IC 95% 1,04-1,19) et l'environnement de travail hostile (aPR=1.15 ; IC 95% 1,03-1,29) étaient significativement associés à l'hypertension. L'administration publique était le seul secteur d'activité où le risque ajusté d'hypertension était significativement plus élevé. Aucun lien n'a été trouvé entre l'HTA, le déséquilibre vie professionnelle – vie privée et le nombre d'heures travaillées. On peut supposer l'effet néfaste de la sédentarité de certains travaux dans l'apparition de l'HTA.

c) En Europe du Nord

2 études se sont intéressées au rôle des horaires de travail sur la consommation de psychotropes.

La première étude suédoise évaluait de façon longitudinale sur une durée de suivi de 2 ans, l'effet de l'horaire de travail sur la prescription d'antidépresseurs. (19) La population cible se constituait de 8 643 sujets, âgée de 20 à 70 ans, issue d'une enquête nationale représentative de la population active suédoise. Les salariés répondaient à un questionnaire sur internet. 8 catégories ont été utilisées pour décrire les horaires de travail. Les données sur les prescriptions d'antidépresseurs provenaient du registre national suédois des médicaments

prescrits. Ces données étaient anonymement liées aux répondants de l'enquête au moyen de numéros d'identification personnels enregistrés. Le taux de prescriptions d'antidépresseurs enregistrés dans la période suivant l'enquête était de 11,4 % pour les femmes contre 5,8 % pour les hommes. Les résultats de cette étude confirmaient l'existence d'une relation. Dans les modèles entièrement ajustés, les femmes ayant des horaires "flexibles/non réglementés" affichaient un taux de prescription d'antidépresseurs significativement plus élevé (OR=2,01 ; IC 95 1,08-3,76) comparativement à un travail de jour régulier sans antécédent de travail de nuit. Chez les hommes, les rapports de cotes étaient plus élevés dans les horaires de travail "autres" (OR=1,72 ; IC 95% 0,75-3,94) et "journées régulières avec quatre ans ou plus d'antécédents de travail de nuit" (OR=1,54 ; IC 95% 0,93-2,56) comparativement à un travail de jour régulier sans antécédent de travail de nuit.

La seconde étude danoise étudiait l'association éventuelle entre un grand nombre d'heures de travail effectuées et la prise secondaire de psychotropes de façon longitudinale avec un suivi allant de 2 à 5 ans pour un échantillon de personnes âgées de 21 à 59 ans. (30) Le nombre d'heures travaillées par semaine était classé en 3 catégories : 32-40 heures, 41-48 heures et plus de 48 heures par semaine. La consommation médicamenteuse était aussi évaluée par le registre de la sécurité sociale. L'étude ne retrouvait aucune association statistiquement significative entre le temps de travail et la mauvaise santé mentale. L'étude ne pouvait donc ni confirmer ni rejeter la possibilité qu'un nombre excessif d'heures de travail soit associé à un effet cliniquement important. Bien qu'elle ne fût pas statistiquement significative, l'analyse primaire suggérait que le risque moyen parmi les employés dont la durée du travail dépassait la limite de la directive européenne sur le temps de travail (> 48 heures/semaine) pouvait être légèrement plus élevé que celui des employés ayant des heures de travail normales, et les analyses secondaires suggéraient que les travailleurs postés pouvaient être un groupe particulièrement vulnérable.

Une étude finlandaise étudiait l'association entre l'instabilité de l'emploi (selon le type et la durée de contrat de travail) et la consommation d'antidépresseurs. (38) La population était issue du secteur public avec des postes variés sur le plan socio-économique (maire de ville, enseignant, médecin, assistant de cuisine, nettoyeur, ouvrier etc,...). Les données professionnelles étaient extraites des registres des employeurs et les données

médicamenteuses du registre national de prescription gérées par la sécurité sociale finlandaise. Dans les contrats, on retrouvait les permanents, les contrats temporaires 0-6 mois et 7-12 mois et les temporaires subventionnés (chômeurs de longue durée qui ont obtenu un travail de courte durée soutenu par l'état au service des villes). Le statut socio-professionnel était classé en 3 catégories : manuel, inférieur non manuel et supérieur non manuel. Après ajustement, l'emploi temporaire avec un contrat de travail de plus de 6 mois était associé à un OR de 1,18 ; IC 95% 1,03-1,37 pour l'utilisation d'antidépresseurs chez les hommes et un OR de 0,99 ; IC 95% 0,93-1,06 chez les femmes comparativement aux permanents. Chez les salariés temporaires ayant un contrat de travail de 6 mois ou moins, le rapport de cotes correspondant était plus élevé chez les hommes (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73) que chez les femmes (OR=1,18, IC 95 % 1,09-1,28). Les résultats suggéraient que l'utilisation d'antidépresseurs chez les hommes et les femmes augmentait à mesure que la stabilité du contrat de travail temporaire diminuait. Chez les hommes, ces associations étaient plus fortes dans les professions de bas niveau social. Il est possible que pour les hommes qui occupent des postes socialement plus élevés, le travail temporaire est plus susceptible d'être un choix positif qui offre une plus grande récompense ou expérience et peut servir de tremplin vers un emploi permanent comparativement aux femmes qui auraient une plus grande insécurité de l'emploi et de moins bonnes perspectives de promotion. Il suggérait également que l'augmentation de la prise d'antidépresseurs au fil du temps était plus rapide chez les femmes ayant un emploi temporaire subventionné que chez celles qui avaient un emploi permanent. Dans l'interprétation de ces résultats, il faut néanmoins tenir compte que les antidépresseurs peuvent être prescrits pour d'autres raisons qu'un état dépressif (anxiété / syndrome de stress post traumatique / douleur).

Une autre étude finlandaise examinait l'association entre un faible soutien social au travail et dans la vie privée et l'apparition de troubles dépressifs et anxieux d'une part et la prise d'antidépresseurs qui en découlait d'autre part. (7) L'état de santé mentale était évalué à l'aide d'un entretien psychiatrique standardisé pour définir les troubles mentaux. Le soutien social était mesuré par deux échelles validées. Pour le soutien social au travail c'était par l'utilisation du Job Content Questionnaire et pour le soutien social hors travail c'était par

l'utilisation du Social Support Questionnaire de Sarason. La consommation médicamenteuse était retenue si au moins une prescription d'antidépresseurs au cours des 3 années de suivi était enregistrée sur les registres de la sécurité sociale pour les 3 429 sujets observés. 8.5% des membres de l'échantillon avaient consommé un antidépresseur (11% des femmes et 6% des hommes). Les résultats suggéraient qu'un faible soutien social, tant au travail de la part de la hiérarchie (OR=2,02 ; IC 95% 1,48-2,82), des collègues (OR=1,65 ; IC 95% 1,05-2,59) que dans la vie privée (OR=1,62 ; IC 95% 1,12-2,36) était associé aux diagnostics de troubles dépressifs ou anxieux du DSM IV. Le faible soutien social au travail de la part des collègues (OR=2,02 ; IC 95% 1,19-3,44) et de la hiérarchie (OR=1,81 ; IC 95% 1,23-2,67), contrairement à la vie privée (OR=1,19 ; IC 95% 0,80-1,76), permettait également de prédire la prise ultérieure d'antidépresseurs. Aucune interaction avec le genre n'était retenue. Cependant, il y avait probablement une sous-estimation des troubles mentaux car nombre d'entre eux n'étaient pas traités par des méthodes pharmacologiques et on ne peut exclure une causalité inversée du fait que les employés atteints de troubles mentaux reconnaissent moins le soutien social qui leur est apporté au travail et dans la vie privée.

Une étude danoise s'intéressait au modèle de Siegrist avec un déséquilibre effort-récompense au travail et l'association à un traitement antidépresseurs sur un échantillon représentatif de la population danoise comprenant 4 541 participants. (9) L'utilisation se définissait comme au moins un achat d'antidépresseurs durant le suivi de 5 ans issu du registre de la sécurité social du Danemark grâce au numéro d'identification personnel. Durant cette période, 6.8% des participants avaient commencé un traitement antidépresseur avec une proportion plus importante chez les femmes. Un déséquilibre effort-récompense au travail déterminé au début de l'étude ne permettait pas de prédire l'incidence de l'utilisation d'un traitement antidépresseurs (HR=0,91 ; IC 95% 0,81-1,03). Cela apparaît contraire aux données existantes de la littérature en partie expliqué par le risque de dépression qui est auto-déclarée dans cette étude. La réalisation d'autres études prospectives sont recommandées avec l'utilisation de mesure non-auto déclarées de l'ERI ainsi qu'une évaluation clinique de la dépression. Les mesures non-auto déclarées de l'ERI pourraient être tirées du nombre d'heures et du rythme de travail (effort) et du niveau de salaire (récompense).

Deux études ont évalué le possible lien entre la consommation de psychotropes et les situations conflictuelles au travail telles que les violences ou l'intimidation. La première étude longitudinale qui était danoise, publiée en 2011, étudiait si l'exposition directe à la violence au travail était associée à des problèmes de santé mentale cliniquement pertinents, mesurés par les achats de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques), dans un échantillon interprofessionnel de 15 246 employés danois n'utilisant pas de psychotropes au départ. (24) Les données auto déclarées sur la violence au travail comprenaient deux questions : avez-vous été exposé à des menaces de violence sur votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois ? Avez-vous été exposé a de la violence physique sur votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois ? La consommation médicamenteuse était issue du registre national danois de la sécurité sociale (700 jours avant soit 1.9 an avant l'inclusion et 1 325 jours de suivi soit 3.6 ans) et ces différentes données ont donc été fusionnées. La violence au travail était associée à l'achat d'antidépresseurs seuls (HR=1,38 ; IC 95% 1,09-1,75) ou en combinaison avec des anxiolytiques (HR=1,74 ; IC 95% 1,13-2,70), mais pas à l'achat d'anxiolytiques ou d'hypnotiques seul. Le manque d'association pouvait s'expliquer en partie par le fait que les employés victimes quittaient leur travail et n'étaient plus pris en compte dans les résultats de l'étude et qu'un grand nombre de troubles mentaux était sous diagnostiqué, sous-traité et/ou traité par d'autres moyens non pharmacologiques telle la psychothérapie.

La seconde étude longitudinale qui était finlandaise, publiée en 2012, examinait si l'intimidation en milieu de travail était associée à la prise de psychotropes reflétant des troubles mentaux par le suivi longitudinal aussi bien chez les victimes que chez les observateurs. (22) L'étude incluait 6 606 personnes dont 80% de femmes, âgées entre 40 et 60 ans avec une légère surreprésentation des plus jeunes participantes des 40-60 ans et des ouvriers parmi les non-répondants. Les sujets prenant déjà des psychotropes au début de l'étude ont été exclus. L'intimidation professionnelle a été évaluée par deux questions : avez-vous été intimidé sur votre lieu de travail actuel, plus tôt sur le même lieu de travail ou dans un autre, s'il ne l'avait jamais été ou ne pouvait pas dire. Ceux qui avaient déclaré n'avoir jamais été victime ont constitué une catégorie de référence. La deuxième question s'est interrogée sur l'observation de tels comportements sur le lieu de travail du défendeur en utilisant quatre possibilités de réponse : pas du tout, parfois, fréquemment ou ne pouvait pas

dire. Ceux qui avaient déclaré ne pas avoir observé d'intimidation à leur lieu de travail ont été utilisés comme catégorie de référence. La consommation médicamenteuse était recueillie à partir du registre de la sécurité sociale finlandaise (3 ans avant l'inclusion et 5 ans de suivi). L'intimidation sur le lieu de travail actuel était associée à la prise ultérieure de psychotropes tant chez les femmes (HR=1,51 ; IC 95% 1,18 - 1,93) que chez les hommes (HR=2,15 ; IC 95% 1,36 - 3,41). L'observation de l'intimidation avait également été associée à la prise ultérieure de psychotropes chez les femmes (HR=1,53 ; IC 95% 1,25 - 1,88) et les hommes (HR=1,92 ; IC 95% 1,23 - 2,99). Ces associations ne s'étaient que modestement atténuées après ajustement. Ces résultats confirment des résultats antérieurs (cas-témoins) en plus d'avoir une bonne puissance. L'étude s'appuie sur des données issues de registres évitant ainsi un biais de déclaration. Cependant, la mesure de l'intimidation était fondée sur un élément unique et il n'a pas été examiné la durée, le nombre et l'intensité de l'intimidation.

Deux autres études finlandaises longitudinales avec un suivi de 5 ans, se sont intéressées à la contribution des conditions de travail (psychologiques et physiques). En 2000, le registre du personnel de la ville d'Helsinki a été utilisé pour identifier tous les employés ayant atteint l'âge de 40-45-50-55-60 ans cette année-là. Une procédure similaire a été répétée en 2001 et 2002. L'échantillon était surreprésenté par une population féminine, vieillissante avec un caractère de stabilité d'emploi et représentatif du personnel de la ville d'Helsinki (service sociaux et santé, éducation, transport public, service culturel, maintenance environnementale – technique et l'administration publique). Les conditions de travail psychosociales étaient étudiées par une version du Job Content Questionnaire et les conditions de travail physique ont été évaluées par plusieurs items comme : les postures inconfortables, les mouvements répétitifs, les rotations répétitives du tronc, le levage et le portage de charges lourdes, les efforts physiques intenses. Le recueil de la consommation médicamenteuse provenait du registre de la sécurité sociale finlandaise et ciblait les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques – sédatifs.

La première étude examinait si les modifications apparues aux niveaux des conditions psychosociales et physiques au travail durant les 5 ans étaient associées à la prise de médicaments psychotropes. (27) L'étude a inclus 3 587 personnes employées municipaux, âgés de 40 à 60 ans. Les changements de ces conditions ont été mesurés par une variable à 4

catégories grâce aux mesures effectuées initialement puis au terme du suivi : exposition faible répétée, exposition accrue, diminution de l'exposition et exposition élevée répétée. 28% des sujets ont enregistré au moins un achat de psychotropes prescrits au cours du suivi avec une proportion plus importante chez les femmes (29%) que chez les hommes (23%). 19% des participants ont reçu des antidépresseurs, 7% des anxiolytiques et 17% des hypnotiques – sédatifs. Lorsque les groupes de médicaments psychotropes étaient examinés séparément, les fortes demandes psychologiques répétées de l'emploi (HR=1,20 ; 95 % IC : 1,00 - 1,45) et une forte charge physique répétée (HR=1,30 ; IC 95% : 1,06 - 1,59) étaient associées à la prise ultérieure de médicaments antidépresseurs, alors que la faible autonomie répétée de l'emploi (HR=1,37 ; IC 95% : 1,05 - 1,79), des exigences élevées répétées (HR=1,33 ; IC 95% : 1,00 - 1,76) et une forte charge physique répétée (HR=1,66, 95 % IC : 1,24 à 2,23) étaient associées à des médicaments anxiolytiques. Une meilleure maîtrise dans l'autonomie de travail était associée à un risque plus faible d'anxiolytiques mais avec un risque plus élevé de consommation d'hypnotiques-sédatifs. Les résultats suggèrent donc que l'exposition à de fortes demandes psychologiques répétées, le faible contrôle répété et des conditions de travail physiques défavorables peuvent contribuer à la prise ultérieure de psychotropes. La deuxième étude explorait si les modalités de travail, les conditions de travail physique et les conditions de travail psychosociales étaient associées à des problèmes de santé mentale objectivés par les psychotropes prescrits. (20) 5 786 sujets (dont 76% de femmes) âgés de 40 à 60 ans sont inclus. Les modalités de travail ont été évaluées par 3 mesures : le temps de travail moyen supérieur à 40 heures par semaine, le travail posté (travail de jour régulier et les autres) et le contrat de travail (temporaire et permanent). Concernant les conditions de travail physique, il a été rajouté dans cette étude les expositions dangereuses (poussières, bruit, substances chimiques irritantes, éclairage, température, humidité). Les conditions de travail psychosociales ont été mesurées par 6 critères. Le salarié a été interrogé sur la pénibilité mentale pour une auto-évaluation, sur la demande psychologique et l'autonomie décisionnelle par une version du questionnaire de Karasek, le soutien social au travail par une version courte du questionnaire de Sarason, l'insatisfaction au travail par un item provenant d'un inventaire explorant neuf domaines de satisfaction dans la vie avec sept modalités de réponses et les problématiques en lien avec le climat de travail mesuré par une question recherchant s'il y avait eu des brimades constantes sur le lieu de travail. Au cours du suivi de 5 ans, 11,6% des employés ont acheté des antidépresseurs, 9,2% des hypnotiques-sédatifs et

17,7% ont au moins acheté un psychotrope. Parmi les conditions de travail psychosociales pour la femme et l'homme, une demande psychologique élevée et une insatisfaction professionnelle ont été systématiquement associés à l'achat d'antidépresseurs, d'hypnotiques et de toutes autres médicaments psychotropes. L'association la plus forte a été constatée pour l'insatisfaction professionnelle, qui augmentait le risque d'achat d'antidépresseurs de 24 % par écart type. Pour la femme, ces mêmes caractéristiques psychologiques étaient associées à la prise d'hypnotiques. Pour l'homme, il se rajoutait un mauvais climat de travail à la prise d'antidépresseur et un temps de travail supérieur à 40 heures à la prise d'hypnotiques. D'après ces résultats, la dimension physique du travail n'a pas d'impact sur la consommation de psychotropes.

Une étude danoise souhaitait déterminer si l'exposition à des caractéristiques psychologiques défavorables au travail permet de prédire l'utilisation incidente d'antidépresseurs. (4) Elle a ciblé un échantillon de 4 661 sujets tirés aléatoirement, âgés 40-50 ans avec un suivi longitudinal de 3.5 ans (juin 2000 à décembre 2003). Elle s'appuyait sur le Copenhagen Psychosocial Questionnaire afin d'évaluer les caractéristiques de travail. Les répondants souffrant de dépression majeure au départ, ayant pris des antidépresseurs au cours des 5 années précédant le début de l'étude ou n'ayant pas d'emploi ont été exclus. Le recueil de la consommation médicamenteuse était issu du registre de la sécurité sociale danoise. Environ 4% de la population de l'étude avaient eu au moins une prise d'antidépresseurs au cours des 3.5 années de suivi avec une incidence plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez les hommes, l'utilisation d'antidépresseurs a augmenté pour ceux qui avait une forte demande quantitative (OR=2,12 ; IC 95% 1,29 – 3,48) et un faible soutien social de la part des collègues (OR=2,28 ; IC 95% 1,36 – 3,82) après ajustement sur les facteurs socio-démographiques, les comorbidités, le mode de vie et les symptômes de dépression au départ. Les effets ont été atténués pour les personnes qui avaient un soutien social élevé hors travail et pour ceux qui avaient des enfants. Chez la femme, aucun effet des caractéristiques de l'emploi sur la consommation d'antidépresseurs n'a été observé.

Une étude finlandaise a examiné si « l'iso-strain » était associé à la prévalence des troubles dépressifs ou anxieux évalués par un entretien psychiatrique standardisé. (39) L'objectif de l'étude était aussi d'étudier si ces indicateurs de stress prédisent des troubles dépressifs ou

anxieux cliniquement significatifs, tels que mesurés par les antidépresseurs prescrits issus du registre de la sécurité social finlandaise. Les sujets ont été interrogés à domicile à l'aide d'un questionnaire psychiatrique standardisé puis revus en consultation afin d'être examinés. Le nombre de sujet inclus était de 3 366 personnes, âgés de 30 et plus, sans critère d'exclusion décrit, interrogés d'août 2000 à mars 2001 avec un suivi de 3 ans. Le questionnaire utilisait les critères diagnostiques du DSM-IV. Pour être retenu comme trouble dépressif, il fallait un épisode dépressif majeur et de dysthymie au cours des 12 mois précédents et pour un trouble anxieux cela comprenait les troubles paniques, les troubles anxieux généralisés, la phobie sociale et l'agoraphobie. Au cours du suivi, 12% des femmes et 6% des hommes avaient consommés des antidépresseurs. Chez les hommes et les femmes, « l'iso-strain » a été associé à une prévalence de 12 mois de troubles dépressifs ou anxieux. Pour les hommes, il constituait un facteur de risque de troubles mentaux traités par des antidépresseurs. Cependant, les hommes qui avaient une demande psychologique faible et élevée avaient une probabilité plus élevée de troubles mentaux que les demandes psychologiques intermédiaires. Il est possible que le résultat de cette partie qui était transversale soit l'effet d'une causalité inversée et que les hommes souffrant de troubles mentaux ont changé pour des emplois moins exigeants. A moins, qu'une faible demande psychologique soit également un facteur prédictif.

Une étude danoise publiée en 2009 observait de façon prospective si le mauvais climat au travail sur le plan psychosocial était lié à la prescription d'antidépresseurs achetés en pharmacie entre 1995 et 2006 objectivés par les remboursements de la sécurité sociale. (10) L'étude comprenait 21 129 sujets représentatifs de la fonction publique danoise. Les employés ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs durant les 6 mois précédents le début du suivi ont été exclus. Des questionnaires (version courte du COPSQ) ont été remis sur le lieu de travail par le service des ressources humaines de début 2002 à fin 2005. Ils ont été ensuite recueillis de façon volontaire et anonyme. Le risque de première prescription d'antidépresseurs pendant le suivi a été déterminé en fonction du niveau de satisfaction et de la pression psychosociale avec ajustement en fonction du sexe, de l'âge, de l'état civil, de la situation professionnelle et de l'année civile de l'enquête. Les prescriptions d'antidépresseurs représentaient 5.7% des ordonnances prescrites entre 1995 et 2006 et cela représentait 11.9% des salariés. Les antidépresseurs ont été prescrits plus fréquemment chez

les femmes (HR=1,3 ; IC 95% 1,01-1,56), les personnes âgées de 41 à 50 ans (HR=1,8 ; IC 95% 1,34-1,42), les employés ayant un statut professionnel bas (HR=1,3 ; IC 95% 1,07-1,57) et ceux vivant seuls (HR=1,4 ; IC 95% 1,2-1,69). L'achat d'antidépresseurs dans l'ensemble de la population a augmenté régulièrement, passant de 1,5% en 1996 à 6,5% en 2006. Aucun des facteurs psychosociaux de l'environnement de travail mesurés n'étaient systématiquement liés à la prescription de médicaments antidépresseurs pendant la période de suivi chez ces employés du service public. Aucune des associations n'a été modifiée avec les ajustements. Toutefois, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du manque d'évaluations individuelles de l'exposition.

Enfin, une étude comparative entre la Suède (4 351 sujets) et le Danemark (8 064 sujets) examinait si les caractéristiques psychosociales du travail étaient associées de façon prospective à l'utilisation d'antidépresseurs. (31) Les deux échantillons étaient issus de 2 cohortes nationales, âgées de 20-59 ans. En Suède, deux questionnaires ont été remis : un pour ceux qui ont travaillé 30% ou plus au cours des 3 derniers mois et un pour ceux qui ont travaillé moins ou pas du tout. Le taux de réponse était de 65% et 5 141 d'entre eux ont répondu au premier questionnaire et furent considérés comme ayant un emploi rémunéré dont 4 351 étaient âgés de 20 à 59 ans. Au Danemark, elle utilise les données d'une cohorte avec une population active suivie tous les 5 ans. Cette cohorte a été choisie au hasard depuis 1990 et remise à jour à chaque vague populationnelle. Elle a utilisé les données de 2005 au moyen d'un questionnaire postal, d'un questionnaire sur le web et d'un questionnaire réalisé par entretiens téléphoniques. Le taux de réponse est de 62,5% avec 8 064 participants âgés de 20 à 59 ans. Les questionnaires réalisés dans les 2 pays interrogeaient sur les mêmes caractéristiques de travail (exigences de travail, l'influence / autonomie et les possibilités d'apprentissage) avec des questions et réponses quasi-semblables. Ces items étaient issus du COPSOQ. La consommation était issue des registres nationaux de prescription. La prévalence sur 12 mois a été définie comme étant au moins un achat d'antidépresseurs entre 6 mois avant et 6 mois après avoir répondu aux enquêtes. Les caractéristiques des échantillons étaient similaires par rapport à la proportion homme / femme, au statut marital, au temps de travail et au niveau de santé auto-évalué. L'échantillon suédois semblait un peu plus âgé avec moins d'années d'études. Les absences pour congé maladie sont plus fréquentes chez les danois. Les salariés suédois avaient une prévalence de consommation légèrement plus élevée

(6,3% vs 4,9%). La consommation était plus courante chez les femmes, les plus âgées, avec un faible revenu, un état de santé déclaré comme moins bon et ayant plus de jours de congé maladie. Avoir fait peu d'études chez les danois était associé à la consommation d'antidépresseurs alors que le résultat était l'inverse pour les suédois. Cette étude a révélé une prévalence sur 12 mois de la consommation d'antidépresseurs plus élevée chez les employés suédois que chez les employés danois. Toutefois, les relations entre les caractéristiques du travail et la consommation incidente d'antidépresseurs étaient similaires dans les deux pays. Les exigences émotionnelles élevées (pour les suédois : HR=1,50 ; IC 95% 1,05-2,13 et pour les danois : HR=1,42 ; IC 95% 1,09-1,83), en termes de situations émotionnellement perturbantes, étaient le plus clairement liées à l'utilisation d'antidépresseurs, mais les exigences conflictuelles et, dans une certaine mesure, le fait de travailler vite tendait également à être associé sans qu'ils soient statistiquement significatifs. Ces résultats suggèrent que le principal facteur de risque psychosocial qui conduit à la consommation d'antidépresseurs dans ces 2 pays est la demande émotionnelle qu'implique le travail. Certains domaines seraient donc plus susceptibles que d'autres comme par exemple le service d'aide à la personne.

d) En Europe de l'Ouest

Une étude transversale belge publiée en 2004 a été faite dans le but de voir si la consommation de benzodiazépines était associée au stress perçu au travail évalué par le questionnaire de Karasek avec une analyse de chaque dimension : demande psychologique, latitude décisionnelle et le soutien social. (3) L'étude comprenait 21 106 personnes (16 094 femmes et 5 012 hommes) de 35-59 ans faisant partie de grandes industries ou administrations à travers le pays. Les répondants ont d'abord été invités à indiquer s'ils avaient consommé des médicaments au cours du mois écoulé (oui/non) ? Si la réponse a été positive, il leur a été demandé de fournir le nom de marque des médicaments utilisés. Dans ce schéma, les benzodiazépines formaient un sous-groupe important des psychotropes et étaient décrites comme "hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques". Les benzodiazépines ont ensuite été classées en fonction d'un formulaire pharmaceutique belge. 5.6% des hommes et 9.3% des femmes consomment des benzodiazépines. Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, une association claire était établie entre l'utilisation auto-déclarée de

benzodiazépines et un emploi à forte pression psychosociale (high job strain) par rapport à un emploi à faible pression psychosociale (low job strain) (hommes : OR=1,93, 99% CI=1,4-2,6 ; femmes : OR=1,66, 99% CI=1,0-2,7). Pas de relation significative fut retrouvée entre la consommation de benzodiazépines auto-déclarées et la faible latitude décisionnelle ni pour un faible soutien social aussi bien chez les femmes que chez les hommes. L'association avec une charge de travail perçue comme lourde ou un rythme de travail élevé a été mise en évidence, tant chez les hommes que chez les femmes. L'hypothèse de « l'iso-strain » a été également confirmée, du moins chez les hommes, mais le manque de soutien social à cet égard semble être un facteur moins important que la tension professionnelle.

Une étude longitudinale italienne publiée en 2011 examinait de façon prospective la relation entre la prescription d'antidépresseurs comme indicateur des symptômes dépressifs et le stress au travail par le « demand-control model ». (11) Une cohorte de 2 046 travailleurs âgés de 15 ans et plus, représentant des postes de l'administration publique de Turin, ayant participé à une enquête sur les conditions de travail et la santé en 1999-2000 a été suivie jusqu'en 2005, par le biais du registre régional des prescriptions de médicaments. Le questionnaire comprenait plus de 200 questions concernant la démographie, les caractéristiques du travail, l'exposition à des facteurs chimiques, physiques, ergonomiques, psychosociaux en milieu de travail et des maladies – symptômes actuels. La population d'étude comportait une grande proportion de cols bleus (80% des salariés), travailleurs postés (50%) avec un âge compris entre 25-44 ans (61,6%). Dans les modèles multi-variés finaux, la forte demande psychologique avait augmenté de manière significative le risque de symptômes dépressifs chez les cols bleus représentés par la consommation d'antidépresseurs (RR=1,82 ; IC 95% 1,21-2,74), alors que chez les cols blancs, elle avait été significativement protectrice (RR=0,38 ; IC 95% 0,15-0,96). Aucune relation significative n'a été trouvée pour le contrôle de l'emploi dans l'une ou l'autre des catégories professionnelles. L'effet protecteur de la demande psychologique chez les cols blancs n'était pas conforme aux données de la littérature et peut être attribuable aux caractéristiques particulières de cet échantillon, qui comprenait principalement des travailleurs occupants des postes administratifs publics, non représentatifs de cette région. Les résultats suggèrent que la demande psychologique est la dimension professionnelle la plus importante associée au risque de symptômes dépressifs comparativement à l'autonomie de travail.

Une étude transversale espagnole réalisée en Catalogne comprenant 5 315 sujets, âgés de 16-64 ans s'intéressait à la relation entre la perception de l'insécurité de l'emploi, la consommation d'hypnotiques/sédatifs. Un objectif secondaire de cette étude était de rechercher des différences entre les femmes et les hommes dans cette relation.(13) Le type de contrat de travail était pris en compte dans les analyses. L'insécurité de l'emploi était définie sur la base de la réponse à une question portant sur la probabilité perçue de perdre son emploi au cours des six prochains mois. Les réponses ont été codées en oui (probable et très probable) et non (peu probable et très peu probable). Aucune différence dans la prévalence de l'insécurité de l'emploi n'a été constatée entre les hommes et les femmes (17 %). L'insécurité de l'emploi (OR=1,35 ; IC 95 % 1,23-1,48) et la charge de travail à la maison (OR=1,01 ; IC 95 % 1,00-1,02) ont été positivement associées à une mauvaise santé mentale, sans interaction significative avec le sexe. La mauvaise santé mentale était significativement associée à la consommation excessive d'alcool (OR=1,23 ; IC 95% 1,13-1,33) et à l'utilisation d'hypnotiques/sédatifs (OR=1,71 ; IC 95% 1,53-1,91). Pas de différence retrouvée entre les sexes en ce qui concerne l'effet de l'insécurité d'emploi sur la santé mentale et sur la consommation de substances.

Une étude transversale autrichienne souhaitait déterminer d'un part la prévalence de la consommation de médicaments (antidépresseurs, benzodiazépines, analgésiques, stimulants et phytothérapies) parmi les employés de la région du Tyrol et d'autre part, une corrélation possible entre cette consommation et les conditions de travail. (12) L'étude incluait 700 sujets, âgés entre 18 et 60 ans, interrogés par téléphone par des intervieweurs spécialisés lors d'un entretien durant 10 minutes. Le questionnaire a été établi par une équipe de spécialistes de différents domaines (psychologue, statisticien, juriste, membre du comité d'entreprise et médecin du travail) et ciblait le type de lieu de travail, le nombre de collègues, le poste, l'atmosphère de travail, la satisfaction des conditions de travail, la surcharge mentale et physique du travail, des problèmes particuliers sur le lieu de travail tels que le harcèlement, les conséquences négatives du stress professionnel, la consommation de médicaments comme conséquence des charges professionnelles. 5,6% des salariés ont déclaré prendre un médicament pour faire face aux exigences du travail. La consommation de substances dépend dans une large mesure de l'atmosphère de travail et de la satisfaction professionnelle. La prévalence de consommation allait de 3,7% pour une bonne atmosphère de travail contre

12,6% pour une mauvaise atmosphère de travail et 3,3% pour une bonne satisfaction professionnelle contre 42,9% pour une mauvaise satisfaction professionnelle. Le sentiment d'avoir été victime de harcèlement au travail semblait être particulièrement destructeur pour le bien-être des individus. Seuls 4,1 % des salariés qui n'avait pas de problème au travail prenaient des médicaments pour faire face aux exigences du travail comparativement à 20% des personnes s'estimant harcelées. L'évaluation de l'atmosphère de travail, l'emploi à temps plein ou à temps partiel, les exigences du travail, le harcèlement du travail, la satisfaction et le mécontentement au travail avaient une influence significative sur la consommation de médicaments. La prévalence de la consommation de médicaments est passée de 5,6% en moyenne, à 85% lorsque les employés étaient mécontents de leur travail et dénonçaient l'intimidation au travail.

e) En France

Une étude publiée en 2015 explorait les associations entre les facteurs professionnels et la consommation de psychotropes dans la population de travailleurs française. (41) Elle examinait les associations de façon transversale en 2006 puis prospectivement 4 ans après pour 4 213 travailleurs. Ont été exclus les perdus de vue, ceux ne travaillant plus et les sujets consommant déjà des psychotropes en 2006. Les facteurs professionnels ciblaient 3 dimensions : les conditions de travail psychosociale, le temps/heures de travail et les conditions physiques de travail. Les conditions de travail psychosociale regroupaient les facteurs classiques de Karasek ainsi que des facteurs émergents (conflits éthiques, tension avec le public, insécurité de l'emploi, déséquilibre entre le travail / vie personnelle, dissimuler ses émotions). Le temps/heures de travail regroupait les longues heures de travail, le travail de nuit, le travail posté et les heures de travail imprévisibles. Les conditions physiques de travail regroupaient les expositions biomécaniques, physiques et chimiques. La consommation de psychotropes a été mesurée au cours des 12 derniers mois et définie par l'utilisation au moins d'une fois par semaine pour les anxiolytiques / hypnotiques et indépendamment de leur fréquence pour les antidépresseurs. Dans l'analyse transversale initiale, les exigences psychologiques (RR=1,28 ; IC 95% 1,14-1,45), le faible soutien social (RR=1,39 ; IC 95% 1,16-1,48) et les émotions cachées (OR=1,28 ; IC 95% 1,14-1,43) ont été associés à la consommation de psychotropes. L'insécurité de l'emploi pour les hommes

(RR=1,38 ; IC 95 1,12-1,69) et le travail de nuit pour les femmes (RR=1,22 ; IC 95% 1,01-1,55) ont été associés à la consommation de psychotropes. De longues heures de travail s'avéraient être un facteur protecteur (RR=0,80 ; IC 95% 0,70-0,92). Dans l'analyse prospective, la dissimulation des émotions (RR=1,53 ; IC 95% 1,23-1,89) et l'exposition physique (RR=1,30 ; IC 95% 1,02-1,64) étaient prédictives de la consommation de psychotropes. L'étude soulignait le rôle des facteurs psychosociaux du travail dans l'utilisation de psychotropes, et a montré des associations entre les facteurs émergents, peu documentées au moment de l'étude, et la consommation de psychotropes.

Cette étude visait à explorer le lien entre l'intimidation en milieu de travail et la consommation de psychotropes, et à étudier le rôle médiateur de la santé physique et mentale. (37) Dans le sud-est de la France, 143 médecins du travail volontaires ont sélectionné 150 employés au hasard et les ont invités à participer à l'étude. Pour être inclus dans l'enquête, les salariés devaient avoir travaillé au moins 3 mois dans leur entreprise. 7 694 sujets (4 652 femmes et 3 131 hommes) ont été inclus avec un âge moyen de 40 ans. Un questionnaire a été délivré au salarié et devait être retourné à l'aide d'une enveloppe prépayée. Il reposait sur le Leyman Inventory of Psychosocial Terror (LIPT). 45 modes d'intimidation au travail sur les 12 derniers mois ont été évalués, ainsi que la fréquence et la durée de l'intimidation. La définition retenue dans cette étude était : situation dans laquelle une personne est exposée à des comportements hostiles de la part d'une ou de plusieurs personnes dans l'environnement de travail qui visent continuellement et à répétition à offenser, opprimer, maltraiter, exclure ou isoler pendant une longue période. La consommation de psychotropes a été mesurée à l'aide d'une question évaluant si un médicament était pris pour dormir, à but tranquillisant ou un autre psychotrope pour les troubles mentaux au cours des 12 mois précédents. Après ajustement par de multiples covariables, l'intimidation sur le lieu de travail était fortement associée à la consommation de psychotropes pour les femmes (OR=1,78 ; IC 95% 1,41-2,24). Une exposition antérieure (OR=2,16 ; IC 95% 1,44-3,23) et actuelle (OR=1,60 ; IC 95% 1,23-2,10) augmentait le risque de consommation pour les femmes uniquement. Plus l'exposition à l'intimidation était fréquente et ancienne, plus l'association avec la consommation de psychotropes était forte dans les deux sexes. L'observation des comportements d'intimidation sur une autre personne sur le lieu de travail était associée significativement également à la consommation de psychotropes

(pour les femmes : OR=1,32 ; IC 95% 1,13-1,54 et pour les hommes : OR=1,28 ; IC 95% 1,03-1,60). L'exposition à l'intimidation de façon directe et indirecte s'est avérée être un facteur de risque important de consommation d'autant plus que l'on puisse imaginer qu'il y a une sous-estimation de cette exposition car les salariés qui avaient répondu à l'enquête étaient en poste et ceux dont l'état mental était fortement altéré pouvaient être en arrêt maladie.

Une première étude toulousaine souhaitait mettre en évidence la fréquence et les caractéristiques associées aux conduites dopantes et addictives licites en milieu de travail. (46). 2 106 sujets âgés de 17 à 64 ans, tirés au sort ont été interrogés par auto-questionnaire au cours de la visite annuelle obligatoire de médecine du travail. Les données recueillies concernaient les caractéristiques socio-professionnelles, la satisfaction globale, le stress au travail et hors travail, l'usage de substances psychoactives licites pour faire face aux contraintes de travail, les comportements alimentaires et la dépendance à la nicotine. Toutes les classes médicamenteuses étaient recueillies si une consommation avait lieu durant le mois précédent, qu'elle soit prise à la suite d'une prescription médicale ou en automédication. Les salariés étaient interrogés sur d'éventuels motifs d'usage en lien avec le travail. N'étaient pas inclus les sujets vus dans le cadre de la visite médicale d'embauche ou les sujets dont le contrat était inférieur à 12 mois. 30% des sujets de l'échantillon déclaraient consommer au moins un produit pour un motif en lien avec le travail (être en forme au travail, traiter un symptôme gênant au travail ou se détendre après le travail). 20% des personnes ont eu recours à un ou plusieurs médicaments pour être en forme au travail. Le sexe féminin, une faible satisfaction globale hors travail et un score élevé de stress étaient associés significativement à ce mode de consommation médicamenteuse. 12% des sujets avaient en permanence sur soi un ou plusieurs médicaments pour traiter un symptôme gênant au travail. Le sexe féminin, l'âge, la précarité d'emploi ressentie, la faible satisfaction globale au travail et un score élevé de stress étaient associés significativement à ce mode de consommation médicamenteuse. 18% des sujets utilisaient un ou plusieurs médicaments pour se détendre au travail. Le sexe féminin, l'âge, la précarité d'emploi ressentie, une faible satisfaction hors travail et un score élevé de stress étaient associés significativement à ce mode de consommation médicamenteuse. La détresse psychologique était liée à la plupart des consommations et dépendances, ainsi que le sexe féminin. On peut donc conclure d'après cette étude que prendre un médicament ou une autre substance licite afin de faire face aux

difficultés du travail est fréquent ; d'autant plus qu'une sous-déclaration de la consommation est probable. Aucune distinction n'a été faite entre les médicaments prescrits et l'automédication.

Une deuxième étude toulousaine publiée en 2004 étudiait les facteurs professionnels associés à la consommation de psychotropes et à la dépendance en milieu de travail. (44) Elle comprenait 1 273 sujets, âgés de 17 à 64 ans. Les données ont été collectées à 2 reprises dans un service de santé inter-entreprises à l'aide d'un questionnaire donné aux salariés lors de 2 visites médicales annuelles à 1 an d'intervalle. Les données professionnelles comprenaient le statut d'emploi (temporaire ou permanent), le temps de travail, la catégorie professionnelle, une échelle de stress perçu et la satisfaction globale travail / hors-travail évaluée par une échelle visuelle analogique. Elle recueillait la consommation de psycholeptique, psychoanaleptique et d'analgésique opiacé s'il y avait eu au moins une consommation durant le mois précédent et que cette utilisation était pour faire face à des difficultés liées au travail : améliorer les performances sur le lieu de travail, soulager des symptômes sur le lieu de travail, aider à dormir pendant une période stressante au travail. En fonction de l'utilisation ou non de psychotropes aux deux moments de l'étude, l'échantillon a été divisé en 4 groupes pour l'analyse : usagers chroniques, nouveaux usagers, anciens usagers et jamais usagers. La pharmacodépendance a été évaluée par un questionnaire spécialement conçu pour étudier ce comportement afin de correspondre à la définition de la dépendance aux substances selon le DSM-IV. La prévalence de la consommation de psychotropes au départ était de 9,1%. La dépendance à ces produits a été constatée chez 3,5% des travailleurs. Cette consommation était associée aux catégories professionnelles (plus élevée chez les employés que chez les cadres supérieurs (OR=1,80 ; IC 95% 1,04-3,11), à une faible satisfaction professionnelle (OR=1,92 ; IC 95% 1,30-2,84) et hors travail (OR=3,40 ; IC 95% 2,27-5,00) et les habitudes de consommation de médicaments en lien avec le travail : pour les troubles du sommeil liés au travail (OR=18,27 ; IC 95% 11,81-28,26), pour l'amélioration des performances au travail (OR=28,13 ; IC 95% 12,00-65,92), pour le soulagement des symptômes désagréables liés au travail (OR=22,98 ; IC 95% 9,59-55,01). Le risque de consommation chronique de médicaments psychoactifs (consommateurs de drogues psychoactives en 2000 et 2001) et la dépendance à un an étaient tous deux fortement associés à un comportement d'amélioration des performances avec des médicaments et/ou de l'alcool (OR 8,35 et 3,32 respectivement),

alors que la consommation actuelle (consommateurs de drogues psychoactives seulement en 2001) était fortement associée à un comportement d'amélioration des performances. Ce comportement a donc été considéré comme le principal facteur expliquant la consommation actuelle, la consommation chronique et la dépendance aux médicaments psychoactifs.

Une troisième étude toulousaine publiée en 2010 avait pour objectif principal d'identifier les facteurs psychosociaux au travail qui sont associés à l'initiation de l'usage de médicament psychoactifs. (14) L'étude a utilisé les données recueillies auprès de la cohorte VISAT ("Vieillesse, Santé, Travail") et a retenu 1 533 travailleurs âgés de 32, 42, 52 et 62 ans en 1996 avec des suivis effectués sur les 5 années suivantes. Des questionnaires standardisés furent établis et 94 médecins du travail volontaires ont recueilli les différentes caractéristiques (démographiques, professionnelles, mode de vie, état de santé, performance cognitive) durant leur visite annuelle en 1996 et 2001. En 1996, la classe thérapeutique a été demandée pour une utilisation au cours des 3 mois précédents. Dans les entretiens de suivi en 1999 et 2001, le médecin du travail a recueilli le nom de chaque médicament utilisé le mois précédent. Il a été défini les nouveaux consommateurs de psychotropes en fonction de leurs réponses lors des suivis et leurs caractéristiques psychosociales et professionnelles furent comparées à celles des non-consommateurs. Pour évaluer l'association entre les facteurs psychosociaux au travail et l'initiation de médicaments psychoactifs, il a été utilisé trois facteurs pour le codage des facteurs de stress au travail : le facteur "contrôle du travail - récompense", le facteur "effort physique" et le facteur "demande psychologique". Parmi les 1 533 sujets, 5,4 % ont commencé à consommer des médicaments psychoactifs au cours du suivi, avec un taux deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, l'initiation de psychotropes était plus fréquente chez les participantes âgées de 52 ans et plus (OR=2,59 ; IC 95% 1,26-5,31) et dont le niveau de contrôle et de récompense du travail était plus faible (OR=2,03 ; IC 95% 1,14-3,61). Chez les hommes, aucun facteur professionnel n'a été identifié. L'initiation s'est surtout trouvée chez ceux qui étaient séparés (OR 3,74 ; IC 95% 1,35-10,35), présentaient des scores PSS4 élevés (OR=9,17 ; IC 95% 3,14-26,74) et étaient des cols blancs (OR=2,81 ; IC 95% 0,94-8,43). La pression de l'environnement psychosocial était plus importante chez les hommes, alors que l'âge et les facteurs psychosociaux liés au travail étaient les principaux facteurs associés à la nouvelle consommation chez les femmes.

Une quatrième étude toulousaine identifiait les profils de consommation de substances psychoactives des salariés en tenant compte de leurs caractéristiques de travail. (29) En 2006, 2 213 salariés de tout âge ont participé à l'enquête transversale « Mode de Vie et Travail ». Les 100 premiers salariés se rendant à la visite médicale des 25 médecins du travail participant à l'étude furent inclus. Un auto-questionnaire regroupant des questions sur les caractéristiques générales et professionnelles du salarié ainsi que la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis et médicaments psychoactifs) fut donné lors de la visite médicale professionnelle. Il a été utilisé des items des questionnaires de Karasek et de Siegrist afin d'évaluer les facteurs psychosociaux en milieu professionnel pouvant avoir un impact sur la santé physique et mentale des salariés. Le stress perçu a été évalué par le questionnaire de Cohen. Il a été évaluée la consommation de psycholeptiques et psychoanaleptiques durant la dernière semaine. 41% ont déclaré avoir pris au moins un médicament au cours de la semaine passée avec une majorité de femmes. 6.1% ont déclaré prendre un médicament psychoactif. 5 profils de consommateurs furent établis en fonction de leur consommation de tabac, de cannabis, d'alcool pendant ou après leur travail et les poly-consommateurs (tabac, cannabis et médicaments psychoactifs). Ceux qui avaient un profil de poly-consommateurs étaient plutôt insatisfaits professionnellement, stressés avec une insécurité de l'emploi et un travail sans créativité, sans prise de décision, sans soutien, avec une pression temporelle, des changements indésirables, des responsabilités insatisfaisantes et des situations de tensions professionnelles.

Une étude souhaitait identifier les facteurs sociodémographiques et médicaux associés à l'utilisation de psychotropes. (21) Elle comprenait 7 299 sujets (3 925 hommes âgés de 45-60 ans et 3 374 femmes âgés de 35 à 60 ans). Le questionnaire était divisé en 3 parties. La première partie porte sur les informations sociodémographiques, la deuxième sur les informations médicales / le mode de vie (alcool / tabac) et la troisième sur l'usage d'un psychotrope au moment de l'étude (noter le nom des médicaments, la quantité prise et la durée du traitement). Au total, 6.3% des sujets consommaient des médicaments psychotropes (8.4% des femmes et 4.6% des hommes). La consommation de psychotropes était plus élevée chez les sujets des deux sexes ayant des antécédents de dépression, la perception d'une mauvaise santé et le recours à d'autres traitements médicamenteux. Être veuf chez les hommes (OR=3,4 ; IC 95% 1,6-7,3) et divorcée chez les femmes (OR=2,0 ; IC 95%

1,2-3,2) a également été associé à une augmentation de la consommation de psychotropes. Il a été démontré une relation statistique entre la perception de l'état de santé et l'utilisation d'autres types de médicaments chez les femmes (OR=6,5 ; IC 95% 4,6-9,5). Peu de critères professionnels furent analysés dans cet article mais ces résultats nous font dire que les facteurs qui influent sur la consommation de psychotropes sont différents chez les hommes et chez les femmes. Les facteurs professionnels semblent plus importants chez les hommes et les facteurs de santé semblent plus importants chez les femmes.

Une étude réalisée en région parisienne avait pour objectif d'évaluer la fréquence des troubles du sommeil par rapport aux conditions de travail. (40) Elle a inclus 7 639 sujets, âgés de 18 à 65 ans, issus de 2 769 petites et moyennes entreprises. Etaient exclus les salariés travaillant depuis moins d'un an dans leur entreprise. Un questionnaire standardisé a été remis aux agents lors de leur visite médicale par un des treize médecins du travail participant. Les conditions de travail (contraintes physiques, conditions horaires, travail sur une chaîne de montage) ont été décrites par le médecin du travail. La consommation d'hypnotiques a été obtenue par entretien ; les personnes ont été considérées comme des consommateurs actuels lorsqu'elles ont déclaré utiliser des somnifères au moins une fois par semaine. La qualité du sommeil déclarée par les personnes interrogées a été évaluée au moyen d'une seule question : "Dormez-vous bien sans somnifères ?" Trois mesures quantitatives du sommeil ont été recueillies : la durée du sommeil, estimée par la durée entre l'extinction des lumières et le réveil ; la latence du sommeil : durée entre l'extinction des lumières et l'endormissement ; les réveils : nombre mensuel de nuits interrompues. La prévalence de la consommation d'hypnotiques était de 11,3% pour les femmes et 6,1% pour les hommes. 26% des femmes et 16% des hommes ont déclaré avoir des troubles du sommeil. Aucune association entre les conditions de travail (exposition au bruit, travail à la chaîne, charge de travail physique) et les troubles du sommeil ou la consommation d'hypnotiques n'a été retrouvée. La consommation était plus élevée chez les sujets signalant une mauvaise ambiance au travail ($p < 10^{-3}$). De même que pour les hommes peu intéressés par leur emploi et pour les femmes qui travaillaient sous la pression du temps. Les conditions physiques de travail n'étaient pas liées à la qualité de sommeil par opposition aux conditions de travail perçues et déclarées par le travailleur. Il reste à déterminer si ce lien est causal ou s'il reflète un sentiment général d'insatisfaction.

Une enquête nationale a été conduite parmi les anesthésistes réanimateurs français pour évaluer l'importance de la consommation de substances psychoactives ainsi que leur relation éventuelle avec les conditions de travail. (18) 2 744 médecins anesthésistes – réanimateurs (30% des médecins anesthésistes - réanimateur) inscrits au conseil national de l'ordre des médecins de France tous secteurs confondus ont répondu au questionnaire qui leur a été transmis par courrier. Le questionnaire comportait 93 items qui se rapportaient aux données démographiques, à l'activité professionnelle, à la structure dans laquelle ils travaillaient, au ressenti du problème de l'addiction, aux difficultés du sommeil, au stress au travail, les conditions de travail (dimension de l'équipe, sentiment de surcharge de travail etc.) et à la consommation durant les douze derniers mois de tabac, d'alcool, de cannabis et de substances telles que tranquillisants et hypnotiques, cocaïne et amphétamines, opiacés et agents anesthésiques. Plusieurs questionnaires validés ont été utilisés : Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Fagerström et Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). 10,9% des anesthésistes réanimateurs ont été classés dans la catégorie des personnes en état d'abus ou de dépendance vis-à-vis d'au moins une des substances étudiées en dehors du tabac. La prévalence de la consommation de tranquillisants et d'hypnotiques était de 13,7% avec un abus ou une dépendance à ces substances représentant à 4,5% des répondants. La prévalence de la consommation des opiacés était de 0,9% avec un abus ou une dépendance représentant à 0,6% des répondants. Les résultats mettent en évidence que les sujets considérés comme abuseurs ou dépendants aux tranquillisants et hypnotiques se plaignent plus fréquemment de trouble du sommeil (OR=3,26 ; IC 95% 2,12-5,02), de co-addictions comme l'alcool (OR=,50 ; IC 95% 2,08-5,89) ou d'opiacés / cannabis / stimulants (OR=11,82 ; IC 95% 4,70-29,74) et de leurs conditions de travail. Cette enquête nationale montre que l'abus et la dépendance aux substances psychoactives est réel dans le milieu anesthésique et réanimation bien que la prévalence soit probablement inférieure à la population générale. L'addiction est associée à une perception négative des conditions de travail sans qu'il puisse être établi qu'elle en soit la cause ou la conséquence.

f) Au total

Une grande partie des études retrouvées dans la revue de la littérature sont des études scandinaves et françaises. Les principales forces sont que la consommation médicamenteuse est issue d'un registre national et que le design des études est souvent longitudinal. Pour l'ensemble des études, il reste difficile d'étudier l'ensemble des facteurs professionnels dans une seule étude et de mesurer objectivement les conditions de travail et la santé mentale.

Certaines études sont limitées à des classes d'âges restreintes comme les 45-60 ans (21) ou les 40-60 ans (20,22). Il est possible que les contraintes professionnelles aient des effets différents à différentes étapes de la vie sur la santé des travailleurs. Seules quelques études ont examiné certaines dimensions et concepts psychosociaux du travail en lien avec la consommation médicamenteuse.

L'étiologie des troubles mentaux peut être liée à différents facteurs chez les hommes et chez les femmes qui travaillent. Il semblerait que les facteurs qui influent, diffèrent selon le genre. Les contraintes professionnelles pourraient être un facteur dominant pour les hommes, alors que pour les femmes, des facteurs étiologiques répartis dans plusieurs sphères, tels que les facteurs domestiques et les relations sociales qui formeraient une entité émotionnelle joueraient un rôle majeur dans la genèse des troubles mentaux.

Une revue de la littérature et une méta-analyse publiée en 2019 visait à déterminer si l'utilisation de médicaments psychotropes était liée à des facteurs de stress au travail. (47) La méta-analyse concernait 18 articles sur une période de 1993 à 2020. Les études qui ont été incluses devaient explorer au moins un facteur de stress au travail ou une condition psychosociale de travail comme une exposition ou un risque et devaient inclure des médicaments psychotropes comme résultat primaire ou secondaire. Les facteurs professionnels psychosociaux recueillis sont les suivants : l'intimidation, le contrôle de l'emploi (job control), les exigences professionnelles (job demand), l'insécurité de l'emploi, la combinaison de fortes demandes psychologiques associées à des faibles latitudes décisionnelles (job strain), la précarité, le conflit de rôle, la satisfaction professionnelle, le travail posté, le soutien social, la violence, le conflit travail-famille, l'organisation de travail, le

climat du travail, les longues heures de travail et la balance effort-récompense. Trois groupes généraux de médicaments psychotropes, basés sur la classification ATC, ont été créés : les antidépresseurs (classé N06), les médicaments contre l'anxiété et les troubles du sommeil (classé N05 : hypnotiques – benzodiazépines – anxiolytiques – sédatifs) et de multiples psychotropes (une combinaison de psychotropes).

Les exigences professionnelles élevées (cinq études (10,11,24,27,41), RR=1,16, IC 95% 1,02-1,31) et l'intimidation (une étude (22), RR 1,54, IC 95% 1,20-1,88) ont été associées à un risque accru statistiquement significatif de consommation de médicaments psychotropes. Cependant, le risque relatif n'était pas statistiquement significatif pour la consommation de médicaments psychotropes par rapport au contrôle de l'emploi, à la satisfaction au travail ou au déséquilibre effort-récompense. On a constaté un risque relatif élevé en ce qui concerne le conflit entre le travail et la famille (trois études (41,48,49), RR=1,26, IC 95% 1,03-1,48) et la violence (une étude (24), RR=1,38, IC 95% 1,05-1,71). Les risques relatifs étaient nuls pour le faible soutien social, le faible contrôle du travail, un environnement et climat de travail médiocres, le stress au travail, l'insécurité de l'emploi, la faible satisfaction au travail, le déséquilibre effort-récompense, l'influence au travail, le travail posté, le conflit de rôle, le travail en équipe, les horaires de travail ou la précarité.

Une causalité inversée ne peut être exclue dans certaines études par le fait que les employés atteints de troubles mentaux reconnaissent moins le soutien social qui leur est apporté, qu'ils peuvent voir de façon négative leurs conditions de travail mais aussi que l'affectation à différentes tâches et conditions de travail en raison de problèmes de santé mentale préexistants est possible.

Il faut également tenir compte que la consommation de psychotropes (antidépresseurs notamment) peut être motivé par d'autres raisons qu'un état dépressif (douleur neuropathique, état de stress post-traumatique, syndrome anxieux). De plus, cette mesure ne couvre pas les personnes souffrant de troubles mentaux non reconnus, sous traités ou traités par des méthodes non pharmacologiques. Il existe un réel tabou vis-à-vis des médicaments psychoactifs en milieu de travail. Les salariés restent méfiants vis-à-vis des enquêteurs dont les médecins du travail de crainte des répercussions sur leur emploi. Certains salariés ont donc possiblement caché leur consommation, ce qui a pu entraîner une sous-

estimation de la prévalence de la consommation médicamenteuse dans la majorité des études.

Cependant, l'adaptation des environnements de travail par la réduction de la pénibilité mentale et l'amélioration de la satisfaction professionnelle pourrait contribuer à la prévention des problèmes de santé mentale qui représentent une part importante de la charge de morbidité chez les employés.

g) Tableaux récapitulatifs bibliographiques

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la bibliographie

Titre de l'article Auteur Année publication	Pays et Design de l'étude	Nombre de sujet	Caractéristiques population	Moyen de recueil de la consommation médicamenteuse	Conditions de travail mesurées	Résultat	Commentaires
Association between job strain and prevalence of hypertension : a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations : the Jichi Medical School cohort study A. Tsutsumi / 2001	Japon Transversale	6 594 dont 👤 3 400 👤 3 194	Age : 30 - 65 ans Echantillon issu de 12 communautés Japonais donnant une grande variété de profession	Pas de recueil, mesure HTA défini par mesure clinique d'une PAS ≥ 160 mm Hg ou PAS ≥ 90 mm Hg	"Job strain" à l'aide d'une version japonaise du Karasek	Le "job strain" était significativement lié à l'hypertension après de multiples ajustements (OR = 1,18 ; IC95% 1,05- 1,32) 👤 la prévalence de l'HTA augmente a mesure que le niveau de "job strain" augmente 👤 l'association n'était pas significative	L'ampleur de l'association semblait être le plus fort pour les classes sociales de niveau inférieure et les tranches d'âge supérieure.
Quel est le rôle du travail dans l'incidence de la consommation médicaments psychotropes au Canada Marie-Eve Blanc 2010	Canada Longitudinale (suivi de 8 ans)	7 020	Age : 15 - 55 ans Echantillon issu d'une enquête nationale sur la santé de la population. Classification en 6 catégories : Cadres supérieurs, directeurs, superviseurs, professionnels, cols blanc et cols bleus	Déclaratif en répondant s'ils avaient consommé au cours des 2 derniers jours ou du dernier mois un psychotrope. Pour la consommation au cours des 2 derniers jours : anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs, psychostimulants, psycholeptiques, psychoanaleptiques Pour la consommation au cours du dernier mois : tranquillisants, antidépresseurs, somnifères Chaque recueil a lieu tous les 2 ans durant le suivi	<u>A l'aide du JCO Karasek :</u> - utilisation des compétences - latitude décisionnelle - demande psychologique - demande physique - soutien social - l'insécurité au travail - nombre total d'heures travaillées - horaire de travail irrégulier	Incidence de consommation à 3,5% sur la période de 8 ans. Seules les heures travaillées favorisaient une diminution du risque de débiter une consommation de psychotropes. En facteur aggravant, nous retrouvons le fait d'être une femme, l'âge, l'état de santé physique, le tabagisme et les événements stressants durant l'enfance. Certains traits de personnalité en diminuent l'incidence.	Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'avec le temps passé au travail, les conditions ont plutôt tendance à s'améliorer se traduisant par une diminution de la détresse psychologique et le rôle prépondérant des facteurs individuels et extra-professionnel.

<p>Chronic psychotropic drugs use in the Canadian labor force : What are the contributions of occupation and work organization conditions ?</p> <p>A. Marchand</p> <p>2010</p>	<p>Canada</p> <p>Longitudinale (suivi de 8 ans)</p>	<p>6585</p>	<p>Age : 15 - 55 ans</p> <p>Echantillon issu d'une enquête nationale sur la santé de la population.</p> <p>Classification en 6 catégories : Cadres supérieurs, directeurs, superviseurs, professionnels, cols blanc et cols bleus</p>	<p>Déclaratif en répondant s'ils avaient consommé au cours des 2 derniers jours ou du dernier mois un psychotrope.</p> <p>Pour la consommation au cours des 2 derniers jours : anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs, psychostimulants, psycholeptiques, psychoanaleptiques</p> <p>Pour la consommation au cours du dernier mois : tranquillisants, antidépresseurs, somnifères</p> <p>Chaque recueil a lieu tous les 2 ans durant le suivi</p>	<p><u>A l'aide du JCQ Karasek :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisation des compétences - latitude décisionnelle - demande psychologique - demande physique - soutien social - l'insécurité au travail - nombre total d'heures travaillées - horaire de travail irrégulier 	<p>Prévalence de consommation d'au moins un épisode de consommation durant la période de suivi était de 16,8% et d'au moins deux épisodes étaient de 6,7%.</p> <p>Faible contribution du travail au risque chronique de consommation de psychotrope en dehors de la profession de cadres supérieurs (facteurs aggravant) et du nombre d'heures travaillées (facteur protecteur).</p>	<p>Rôle essentiel des variables familiales et individuelles comme le statut marital, les traits de personnalité et l'état de santé physique.</p>
<p>Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers</p> <p>Jocelyne Moisan</p> <p>1999</p>	<p>Canada</p> <p>Transversale</p>	<p>2 786</p>	<p>Tous les travailleurs âgés de 65 ans et moins, travaillant au moins 35 heures par semaine, occupant le même poste pendant au moins un an et travaillant dans le secteur public</p>	<p>Déclaratif en répondant s'ils avaient consommé au cours des 2 derniers jours un psychotrope.</p>	<p>"Job strain" à l'aide du questionnaire de Karasek :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande psychologique - latitude décisionnelle - soutien social 	<p>3,9% des participants déclaraient avoir pris un psychotrope durant les 2 jours précédents.</p> <p>Association entre "job strain" et la consommation de psychotropes, après ajustement sur de multiples cofacteurs, était statistiquement significative (OR=4,5 ; IC95 1,7-12,2). Le soutien social ne modifiait pas l'association.</p>	

Social, psychological, and physical aspects of the work environment could contribute to hypertension prevalence	États-Unis Transversale	6 535	Ouvriers travaillant dans des entreprises de productions industrielles	Pas de recueil, HTA retenue si au moins deux mesures anormales ou plus durant l'année	Risque physique (sédentarité, chaleur, quantité de vibration - mouvement dynamique - effort à fournir)	Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée pour l'aspect physique bien que les ouvriers étaient associés à des niveaux plus élevés d'HTA.	On peut supposer que la réglementation actuelle s'est principalement concentrée sur les risques physiques et moins sur les aspects sociaux et psychologiques
David H. Rehkopf					Risque psychologique (demande psychologique / latitude décisionnelle)	Avoir un niveau d'exigences psychologiques élevé s'associait à un risque d'hypertension 15% plus élevé.	
2017					Environnement social de l'entreprise, équilibre travail - vie privée, relation employeur, effort reconnu au travail)	Le fait d'avoir sentiments positifs envers les responsables et un équilibre travail - vie privée s'associaient à une plus grande HTA.	
Workplace psychosocial factors associated with hypertension in the U.S workforce : a cross-sectional study based on the 2010 National Health Interview Survey	États-Unis Transversale	17 494 dont ♀ 9 013 ♂ 8 481	Age : 18 ans et plus 21 secteurs d'activités, travailleurs représentatifs de la population américaine	Pas de recueil, HTA auto-déclarée à l'aide 2 questions	Insécurité de l'emploi Déséquilibre travail-famille Environnement de travail hostile Heures de travail Secteur d'activité et profession	Prévalence de l'HTA significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes Insécurité de l'emploi (aPR=1,11 ; IC95% 1,04-1,19) et l'environnement de travail hostile (aPR=1,15 ; IC95% 1,03-1,29) étaient statistiquement associés à l'HTA.	On peut supposer l'effet néfaste de la sédentarité de certains secteurs et travaux dans l'apparition de l'HTA
Harpriya Kaur						Administration publique était le secteur d'activité ou le risque ajusté d'HTA était le plus élevé	
2014						Aucun lien pour les heures de travail et déséquilibre travail-famille	

Effect of work schedule on prospective antidepressant prescriptions in Sweden: a 2-year sex-stratified analysis using national drug registry data	Suède Longitudinale (suivi de 2,5 ans)	8 643 dont ♀ 4 663 ♂ 3 980	Age : 20-70 ans Echantillon issu d'une enquête nationale représentatif de la population suédoise Exclusion : travaillant moins de 8 heures et plus de 70 heures	Les données sur les prescriptions de médicaments antidépresseurs ont été obtenues à partir du registre national suédois de la sécurité sociale des médicaments prescrits	Questionnaire rempli sur internet et 8 catégories ont été utilisées pour décrire les horaires de travail : - journée classique sans ATCD travail de nuit - journée classique avec ATCD travail de nuit ≤ 3 ans - journée classique avec ATCD travail de nuit ≥ 4 ans - travail de nuit - travail posté régulier sans nuit (horaire/jour fixe) - travail par roulement, le jour et le soir seulement - heures flexibles / non réglementés (horaire / jour variable) - autre	Le taux de prescriptions d'antidépresseurs enregistrés était de 11,4% pour les femmes et de 5,8% pour les hommes. Dans les modèles entièrement ajustés, comparativement à un travail de jour régulier sans antécédent de travail de nuit, les femmes ayant des horaires "flexibles/non réglementés" affichaient un taux de prescription d'antidépresseurs significativement plus élevé (OR=2,01; IC95% 1,08-3,76) et les hommes pour "journées régulières avec quatre ans ou plus d'antécédents de travail de nuit" (OR=1,54; IC95% 0,93-2,56) et "autres" (OR=1,72; IC95% 0,75-3,94)	
Amy L Hall 2019							
Long working hours and use of psychotropic medicine : a follow-up study with register linkage	Danemark Longitudinale (suivi de 2 à 5 ans)	19 259	Age : 21-59 ans à l'inclusion Salarié travaillant au moins 32 heures par semaine Population issue de plusieurs études nationales Exclusion : décès ou ayant émigré durant le suivi et consommation de psychotrope l'année précédant le suivi	Les données sur la consommation médicamenteuse ont été obtenues à partir du registre national de la sécurité sociale danoise pour les médicaments codant pour N05b(anxiolytiques) N05c (hypnotiques) et N06A (antidépresseurs)	<u>Nombre d'heures travaillés</u> : -32 à 40 -41 à 48 -supérieur à 48	L'étude ne retrouve aucune association statistiquement significative entre le temps de travail et la mauvaise santé mentale.	Analyse primaire suggérait que le risque moyen parmi les employés dont la durée du travail dépassait les 48 heures par semaine pouvait être légèrement plus élevé que celui des employés ayant des heures de travaux normales. Les analyses secondaires suggéraient que les travailleurs postés pouvaient être un groupe particulièrement vulnérable
Harald Hannerz 2016							

Temporary employment and antidepressant medication : a register linkage study	Finlande Transversale	65 208 dont ♀ 48 137 ♂ 17 071	Age moyen 44 ans Echantillon issu du public, postes variés sur le plan socio-économiques des contrats temporaires (maire de ville, enseignant, médecin, assistant de cuisine, nettoyeur etc...)	Les données sur la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ont été extraites en 1998 du registre national de la sécurité sociale finlandaise pour les médicaments codant pour N06A	<u>Type de contrat :</u> -permanent -temporaire entre 7-12 mois -temporaire entre 0-6 mois -temporaire subventionné (chômeur de longue durée qui ont obtenu un travail de courte durée soutenu par l'état au service des villes) <u>Statut socio-économique :</u> -manuel -supérieur non manuel -inférieur non manuel	Après ajustement, l'emploi temporaire avec un contrat de travail de 6 mois ou plus était associé à un OR de 1,18; IC95% 1,03-1,37 pour l'utilisation d'antidépresseurs chez les ♂ et un OR de 0,99; IC95% 0,93-1,06 chez les ♀ comparativement au permanent. Chez les salariés temporaires ayant un contrat de travail de 6 mois ou moins, le rapport de cotes correspondant était plus élevé chez les hommes (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73) que chez les femmes (OR=1,18, IC 95 % 1,09-1,28).	Les résultats suggéraient que l'utilisation d'antidépresseurs chez les hommes et les femmes augmentait à mesure que la stabilité du contrat de travail temporaire diminuait. Chez les hommes, ces associations étaient plus fortes dans les professions de bas niveau social. Il est possible que pour les hommes qui occupent des postes socialement plus élevés, le travail temporaire est plus susceptible d'être un choix positif qui offre une plus grande récompense ou expérience et peut servir de tremplin vers un emploi permanent comparativement aux femmes qui auraient une plus grande insécurité de l'emploi et de moins bonnes perspectives de promotion.
Marianna Virtanen							
2006							

<p>The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use : The Health 2000 Study</p>	<p>Finlande Transversale</p>	<p>3 429 dont 1 734 1 695</p>	<p>Age : 30 ans et plus Echantillon représentatif de la population finlandaise</p>	<p>Les données sur la consommation médicamenteuse extraites du 1er Janvier 2001 au 31 Décembre 2003 du registre national de la sécurité sociale finlandaise pour les médicaments codant pour N06A</p>	<p><u>Soutien social</u> : - au travail par l'utilisation du Job Content Questionnaire - hors travail par l'utilisation du Social Support Questionnaire de Sarason</p>	<p>8.5% des membres de l'échantillon avaient consommé un antidépresseur (11% des femmes et 6% des hommes). Un faible soutien social, tant au travail de la part de la hiérarchie (OR=2,02 ; IC 95% 1,48-2,82), des collègues (OR=1,65 ; IC 95% 1,05-2,59) que dans la vie privée (OR=1,62 ; IC 95% 1,12-2,36) était associé aux diagnostics de troubles dépressifs ou anxieux du DSM IV. Le faible soutien social au travail de la part des collègues (OR=2,02 ; IC 95% 1,19-3,44) et de la hiérarchie (OR=1,81 ; IC 95% 1,23-2,67), contrairement à la vie privée (OR=1,19 ; IC 95% 0,80-1,76), permettait également de prédire la prise ultérieure d'antidépresseurs.</p> <p>Aucune interaction avec le genre n'était retenue.</p>	<p>Probable sous-estimation des troubles mentaux car nombre d'entre eux n'étaient pas traités par des méthodes pharmacologiques et on ne peut exclure une causalité inversée du fait que les employés atteints de troubles mentaux reconnaissent moins le soutien social qui leur est apporté au travail et dans la vie privée.</p>
<p>Marjo Sinokki 2009</p>							

Effort-reward imbalance at work and the risk of antidepressant treatment in the Danish workforce	Danemark	4 541	Age : 18-59 ans	Les données sur la consommation médicamenteuse	Auto-questionnaire de Siegrist sur le déséquilibre effort-récompense	Durant la période de suivi, 6,8% des participants avaient commencé un traitement antidépresseur avec une proportion plus importante chez les femmes.	Résultat apparaissant contraire aux données de la littérature en partie expliqué par les données du risque de dépression qui sont autodéclarées.
Maj Britt D. Nielsen	Longitudinale (suivi durant 5 ans)		Echantillon représentatif de la population danoise	Extraites pendant 5 ans à partir du 1er Janvier 1995 du registre national de la sécurité sociale danoise pour les médicaments codant pour N06A		Un déséquilibre effort-récompense au travail déterminé au début de l'étude ne permettait pas de prédire l'incidence de l'utilisation d'un traitement antidépresseur (HR=0,91 ; IC95% 0,81-1,03)	Afin d'améliorer la significativité, des mesures non-auto déclarées de l'ERI pourrait être tiré du nombre d'heure et du rythme de travail (effort) et du niveau de salaire (récompense).
2016			Exclusion : déclaration de symptômes dépressifs au moment de l'étude et ceux ayant acheté des antidépresseurs sur les 5 précédentes années				
Work-related violence and incident use of psychotropics	Danemark	15 246 dont	Age : tous salariés en activité	Les données sur la consommation médicamenteuse de psychotropes ont été extraites durant 700 jours précédant l'étude et durant 1 325 jours après le début de l'étude à partir du registre national de la sécurité sociale danoise pour les médicaments codant pour N05b(anxiolytiques) N05c (hypnotiques) et N06A (antidépresseurs)	<u>Auto-déclaration de la violence au travail :</u> -avez-vous été exposé a des menaces de violence sur votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois ? -avez-vous été exposé a de la violence physique sur votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois	La violence au travail était associée à l'achat d'antidépresseurs seuls (HR=1,38 ; IC 95% 1,09-1,75) ou en combinaison avec des anxiolytiques (HR=1,74 ; IC 95% 1,13-2,70), mais pas à l'achat d'anxiolytiques ou d'hypnotiques seul.	Le manque d'association pouvait s'expliquer en partie par le fait que les employés victimes quittaient leur travail et n'étaient plus pris en compte dans les résultats de l'étude et qu'un grand nombre de troubles mentaux était sous diagnostiqué, sous-traité et/ou traité par d'autres moyens non pharmacologiques telle la psychothérapie.
Ida E. H. Madsen	Longitudinale	8 414 6 832	Echantillon interprofessionnelles mais sur-représentation des services sociaux				
2011							

<p>Workplace bullying and subsequent psychotropic medication : a cohort study with register linkages</p> <p>Tea Lallukka</p> <p>2012</p>	<p>Finlande</p> <p>Longitudinale</p>	<p>6 606 dont</p> <p>4 681</p> <p>1 315</p>	<p>Age : 40-60 ans</p> <p>Echantillon issu de la ville d'Helsinki</p> <p>80% de femme, avec une légère surreprésentation des plus jeunes participants et des ouvriers parmi les non-répondants</p> <p>Exclusion : sujet prenant déjà des psychotropes à l'inclusion</p>	<p>Les données sur la consommation médicamenteuse de psychotropes ont été extraites durant 3 ans précédant l'étude et durant 5 ans après le début de l'étude à partir du registre national de la sécurité sociale finlandaise pour les médicaments codant pour N05 (psycholeptique) et N06 (psychoanaleptique) à l'exception N06D (médicaments par la démence).</p>	<p><u>Auto-déclaration de l'intimidation professionnelle</u></p> <p>: -avez-vous été intimidé sur votre lieu de travail actuel, plus tôt sur le même lieu de travail ou dans un autre, s'il ne l'avait jamais été ou ne pouvait pas dire -observation de tels comportements sur le lieu de travail du défendeur</p>	<p>L'intimidation sur le lieu de travail actuel était associée à la prise ultérieure de psychotropes tant chez les femmes (HR=1,51 ; IC 95% 1,18 - 1,93) que chez les hommes (HR=2,15 ; IC 95% 1,36 - 3,41).</p> <p>L'observation de l'intimidation avait également été associée à la prise ultérieure de psychotropes chez les femmes (HR=1,53 ; IC 95% 1,25 - 1,88) et les hommes (HR=1,92 ; IC 95% 1,23 - 2,99).</p> <p>Ces associations ne s'étaient que modestement atténuées après ajustement.</p>	<p>L'étude s'appuie sur des données issues de registres évitant ainsi un biais de déclaration.</p> <p>La mesure de l'intimidation était fondée sur un élément unique et il n'a pas été examiné la durée, le nombre et l'intensité de l'intimidation.</p>
--	--------------------------------------	---	---	---	---	--	--

<p>Changes in psychosocial and physical working conditions and psychotropic medication in ageing public sector employees : a record-linkage follow-up study</p> <p>Anne Kouvonen</p> <p>2017</p>	<p>Finlande</p> <p>Longitudinale (phase 1 inclusion 2000-2002 ; phase 2 évolution des conditions psychosociales et physiques 2002-2007)</p>	<p>3 587 dont  2 881  706</p>	<p>Age : 40 -60 ans</p> <p>Employés municipaux d'Helsinki (surreprésentation féminine, population vieillissante, emploi stable)</p> <p>Exclusion : consommation de psychotrope durant les 3 mois précédents la phase 2</p>	<p>Les données sur la consommation médicamenteuse de psychotropes ont été extraites durant 5 ans jusqu'au 31 Décembre 2013 à partir du registre national de la sécurité sociale finlandaise pour les médicaments codant pour N05B (anxiolytiques) / N05C (hypnotiques et sédatifs) / N06A (antidépresseurs).</p>	<p><u>Conditions de travail psychosociale</u> évalué par une version du Job Content Questionnaire</p> <p><u>Conditions de travail physique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - postures inconfortables - mouvements répétitifs - rotations répétitives du tronc - levage et portage charges lourdes -efforts physiques intenses <p>Les changements de ces conditions ont été mesurés par une variable à 4 catégories grâce aux mesures effectuées initialement puis au terme du suivi : exposition faible répétée, exposition accrue, diminution de l'exposition et exposition élevée répétée.</p>	<p>28% des sujets ont enregistré au moins un achat de psychotropes prescrits au cours du suivi avec une proportion plus importante chez les femmes</p> <p>Lorsque les groupes de médicaments psychotropes étaient examinés séparément, les fortes demandes psychologiques répétées de l'emploi (HR=1,20 ; 95 % IC : 1,00 - 1,45) et une forte charge physique répétée (HR=1,30 ; IC 95% : 1,06 - 1,59) étaient associées à la prise ultérieure de médicaments antidépresseurs, alors que la faible autonomie répétée de l'emploi (HR=1,37 ; IC 95% : 1,05 - 1,79), des exigences élevées répétées (HR=1,33 ; IC 95% : 1,00 - 1,76) et une forte charge physique répétée (HR=1,66, 95 % IC : 1,24 à 2,23) étaient associées à des médicaments anxiolytiques</p>	<p>Une forte demande psychologique répétée, le faible contrôle répété et des conditions de travail physiques défavorables peuvent contribuer à la prise ultérieure de psychotropes.</p>
--	---	---	--	--	--	--	---

Working conditions and psychotropic medication : a prospective cohort study	Finlande Longitudinale (suivi de 5 ans)	5 786 dont 👤 4 408 📄 1 282	Age : 40 -60 ans Employés municipaux d'Helsinki (sur-représentation féminine, population vieillissante, emploi stable)	Les données sur la consommation médicamenteuse de psychotropes ont été extraites durant 5 ans à partir du registre national de la sécurité sociale finlandaise pour les médicaments codant pour N05B (anxiolytiques) / N05C (hypnotiques et sédatifs) / N06A (antidépresseurs).	<p><u>Auto-évaluation des conditions de travail psychosociale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande psychologique et autonomie décisionnelle par une version de Karasek -soutien social par une version de Sarason -insatisfaction au travail -le climat de travail -brimade sur le lieu de travail <p><u>Conditions de travail physique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - postures inconfortables - mouvements répétitifs - rotations répétitives du tronc - levage et portage charges lourdes -efforts physiques intenses -expositions dangereuses (poussières, bruits, substances chimiques, éclairage, température, humidité) <p><u>Modalité de travail:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -temps de travail moyen supérieur à 40 heures -travail posté -contrat de travail 	<p>Au cours du suivi de 5 ans, 11,6% des employés ont acheté des antidépresseurs, 9,2% des hypnotiques-sédatifs et 17,7% ont au moins acheté un psychotrope.</p> <p>Parmi les conditions de travail psychosociales pour la femme et l'homme, une demande psychologique élevé et une insatisfaction professionnelle ont été systématiquement associés à l'achat d'antidépresseurs, d'hypnotiques et de toutes autres médicaments psychotropes.</p> <p>L'association la plus forte a été constatée pour l'insatisfaction professionnelle, qui augmentait le risque d'achat d'antidépresseurs de 24 % par écart type. Pour la femme, ces mêmes caractéristiques psychologiques étaient associées à la prise d'hypnotiques. Pour l'homme, il se rajoutait un mauvais climat de travail à la prise d'antidépresseur et un temps de travail supérieur à 40 heures à la prise d'hypnotiques</p>	D'après ces résultats, la dimension physique du travail n'a pas d'impact sur la consommation de psychotropes.
Mikko Laaksonen							
2012							

<p>Job stress and the use of antidepressant medicine : a 3.5-years follow-up study among Danish employees</p>	<p>Danemark Longitudinale (suivi de 3,5 ans)</p>	<p>4 661 dont ♀ 2 222 ♂ 2 439</p>	<p>Age : 40-50 ans Echantillon aléatoire de la population danoise Exclusion : prise d'antidépresseurs au cours des 5 années précédents, sans emploi au début de l'étude, passé d'hospitalisation pour trouble affectif</p>	<p>Les données sur la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ont été extraites durant 3,5 ans (Juin 2000-Décembre 2003) à partir du registre national de la sécurité sociale danoise pour les médicaments codant pour N06A.</p>	<p>Les caractéristiques des emplois ont été mesurées à partir du COPSQ</p>	<p>Environ 4% de la population de l'étude avaient eu au moins une prise d'antidépresseur au cours du suivi avec une incidence plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Après ajustement, l'utilisation d'antidépresseurs a augmenté chez les hommes pour ceux qui avait une forte demande quantitative (OR=2,12 ; IC 95% 1,29 – 3,48) et un faible soutien social de la part des collègues (OR=2,28 ; IC 95% 1,36 – 3,82). Chez la femme, aucun effet des caractéristiques de l'emploi sur la consommation d'antidépresseurs n'a été observé.</p>
<p>Kartsen Thielen 2010</p>	<p>Finlande Longitudinale (suivi de 3 ans)</p>	<p>3 336 dont ♀ 1 704 ♂ 1 662</p>	<p>Age : 30-64 ans Echantillon représentatif de la population finlandaise</p>	<p>Les données sur la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ont été extraites durant 3 ans (1er Janvier 2001-31 Décembre 2003) à partir du registre national de la sécurité sociale finlandaise pour les médicaments codant pour N06A.</p>	<p>Les caractéristiques des emplois ont été mesurées à partir du JCQ Karasek</p>	<p>Au cours du suivi, 12% des femmes et 6% des hommes avaient consommées des antidépresseurs. Chez les hommes et les femmes, « l'iso-strain » a été associés à une prévalence de 12 mois de troubles dépressifs ou anxieux. Pour les hommes, il constituait un facteur de risque de troubles mentaux traités par des antidépresseurs. Cependant, les hommes qui avaient une demande psychologique faible et élevée avait une probabilité plus élevée de troubles mentaux que les demandes psychologiques intermédiaires. Il est possible que le résultat de cette partie qui était transversale soit l'effet d'une causalité inversé et que les hommes souffrant de troubles mentaux ont changé pour des emplois moins exigeants. A moins, qu'une faible demande psychologique soit également un facteur prédictif.</p>
<p>Marianna Virtanen 2007</p>						

Psychosocial work environment and antidepressant medication : a prospective cohort study	Danemark Longitudinale (suivi de 10 ans)	21 129	Echantillon issu de la fonction publique danoise avec une sur-représentation féminine	Les données sur la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ont été extraites du 1er Janvier 1995 au 31 Décembre 2006 à partir du registre national de la sécurité sociale danoise pour les médicaments codant pour N06A.	Des versions courtes du COPSOQ ont été remis sur le lieu de travail par le service de ressources humaines	Les prescriptions d'antidépresseurs représentaient 5.7% des ordonnances prescrites entre 1995 et 2006 et cela représentait 11.9% des salariés.	Aucun des facteurs psychosociaux de l'environnement de travail mesurés n'était systématiquement lié à la prescription de médicaments antidépresseurs pendant la période de suivi chez ces employés du service public.	
Jens Peter E Bonde 2009			Exclusion : employés ayant reçu une ordonnance au cours des 6 mois précédent le début du suivi					
Antidepressant use and associations with psychosocial work characteristics. A comparative study of Swedish and Danish ganfully employed	Suède et Danemark Transversale	Suède : 4 351 Danemark : 8 064	Age : 20-59 ans Echantillon issu de 2 cohortes nationales, similaire par rapport à la proportion homme/femme, au temps de travail, au statut marital et au niveau de santé auto-évalué. Suède : un peu plus âgé, moins d'étude Danemark : plus d'absence pour congé maladie	Les données sur la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ont été extraites de Juillet 2005 à Avril 2009 (pour la Suède) et de 2005 à Décembre 2008 (pour le Danemark) respectivement à partir de leur registre national de la sécurité sociale pour les médicaments codant pour N06A.	Les questionnaires ont interrogé sur les mêmes caractéristiques de travail. Les items étaient issus du COPSOQ (exigences de travail, l'influence, autonomie et possibilités d'apprentissage)	Prévalence sur 12 mois de la consommation d'antidépresseurs plus élevée chez les employés suédois que chez les employés danois.	Relations entre les caractéristiques de travail et la consommation incidente d'antidépresseur étaient similaires dans les deux pays.	Ces résultats suggèrent que le principal facteur de risque psychosocial qui conduit à la consommation d'antidépresseurs dans ces 2 pays est la demande émotionnelle qu'implique le travail.
Linda L. Magnusson Hanson 2013						Les exigences émotionnelles élevées (pour les suédois : HR=1,50 ; IC 95% 1,05-2,13 et pour les danois : HR=1,42 ; IC 95% 1,09-1,83), en termes de situations émotionnellement perturbantes, étaient le plus clairement liées à l'utilisation d'antidépresseurs, mais les exigences conflictuelles et, dans une certaine mesure, le fait de travailler vite tendaient également à être associés sans qu'ils soient statistiquement significatifs.	Certains domaines seraient donc plus susceptibles que d'autres comme par exemple le service d'aide à la personne.	

<p>Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study</p> <p>Edwin Pelfrene</p> <p>2004</p>	<p>Belgique</p> <p>Transversale</p>	<p>21 106 dont  16 094  5 012</p>	<p>Age : 35-59 ans</p> <p>Sujets faisant partis de grandes industries ou administrations à travers le public</p>	<p>Déclaratif en répondant s'ils avaient consommé des médicaments durant le dernier mois. Il a ensuite été demandé d'énumérer le nom des médicaments et les benzodiazépines formaient un sous-groupe important de psychotropes et regroupées les "hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques".</p>	<p><u>A l'aide du JCQ Karasek :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - latitude décisionnelle - demande psychologique - demande physique - soutien social 	<p>5.6% des hommes et 9.3% des femmes consomment des benzodiazépines.</p> <p>Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, association entre l'utilisation autodéclarée de benzodiazépines et un emploi à forte pression psychosociale (high job strain) par rapport à un emploi à faible pression psychosociale (low job strain) (hommes : OR=1,93, 99% CI=1,4-2,6 ; femmes : OR=1,66, 99% CI=1,0-2,7).</p> <p>Pas de relation significative retrouvée entre la consommation de benzodiazépines auto-déclarées et la faible latitude décisionnelle ni pour un faible soutien social aussi bien chez les femmes que chez les hommes.</p>	<p>L'hypothèse de « l'iso-strain » a confirmée, du moins chez les hommes, mais le manque de soutien social à cet égard semble être un facteur moins important que la tension professionnelle.</p>
---	-------------------------------------	---	--	--	---	---	---

<p>Workplace stress and prescription of antidepressant medications : a prospective study on a sample of Italian workers</p> <p>Angelo d'Errico</p> <p>2011</p>	<p>Italie</p> <p>Longitudinale (suivi 5 ans)</p>	<p>2 046 dont  469  1 577</p>	<p>Age : 15 ans à fin d'activité</p> <p>Echantillon représentant des postes de l'administration publique (production, industries, mécanique, construction automobile, transport, communication)</p> <p>80% cols bleus, 50% travailleurs postés, 62% pour un âge 25-44 ans</p>	<p>Les données sur la consommation médicamenteuse d'antidépresseurs ont été extraites par le biais d'un registre régional de prescription de médicament pour les médicaments codant pour N06A.</p>	<p>Déclaratif avec un questionnaire contenant plus de 200 questions concernant la démographie, les caractéristiques du travail, l'exposition à des facteurs chimiques, physiques, ergonomiques et psychosociaux en milieu de travail</p>	<p>Dans les modèles multivariés finaux, la forte demande psychologique avait augmenté de manière significative le risque de symptômes dépressifs chez les cols bleus représentés par la consommation d'antidépresseurs (RR=1,82 ; IC 95% 1,21-2,74), alors que chez les cols blancs, elle avait été significativement protectrice (RR=0,38 ; IC 95% 0,15-0,96).</p> <p>Aucune relation significative n'a été trouvée pour le contrôle de l'emploi dans l'une ou l'autre des catégories professionnelles.</p>	<p>Les résultats suggèrent que la demande psychologique est la dimension professionnelle la plus importante associée au risque de symptômes dépressifs comparativement à l'autonomie de travail.</p>
<p>Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. Testing a model of mediation factors</p> <p>Esther Colell</p> <p>2016</p>	<p>Espagne</p> <p>Transversale</p>	<p>5 315 dont  1 606  3 709</p>	<p>Age : 16-64 ans</p> <p>Echantillon issu de la Catalogne</p>	<p>L'utilisation d'hypnotiques/sédatifs a été estimée à partir de la question si on en a consommé au cours des deux derniers jours.</p>	<p>Insécurité de l'emploi était définie sur la base de la réponse à une question portant sur la probabilité perçue de perdre son emploi au cours des 6 prochains mois</p>	<p>La mauvaise santé mentale était significativement associée à la consommation excessive d'alcool (OR=1,23 ; IC 95% 1,13-1,33) et à l'utilisation d'hypnotiques/sédatifs (OR=1,71 ; IC 95% 1,53-1,91).</p> <p>Pas de différences retrouvées entre les sexes en ce qui concerne l'effet de l'insécurité d'emploi sur la santé mentale et sur la consommation de substances.</p>	

<p>Psychosocial factors at the workplace - do they affect substance use? Evidence from the Tyrolean Workplace study</p>	<p>Autriche Transversale</p>	<p>700</p>	<p>Age : 18-60 ans Echantillon représentatif de la région du Tyrol à partir d'une base représentative stratifiée (recensement)</p>	<p>Interrogé au téléphone par des enquêteurs spécialisés durant un entretien d'une durée approximative de 10 minutes à l'aide d'un questionnaire réalisé par différent spécialiste (médecin du travail, psychologue, juriste, statisticien) demandant s'il y a une consommation de médicaments comme conséquence de la charge de travail (antidépresseurs, benzodiazépines, analgésiques, stimulants et phytothérapie).</p>	<p>Le type de lieu de travail -Nombre de collègues -Type d'emploi -Atmosphère au travail -Satisfaction à l'égard des conditions de travail -Surcharge de travail physique et mentale -Problématiques particulières au travail tel que l'intimidation -Conséquence néfaste du stress au travail</p>	<p>5,6% des salariés ont déclaré prendre un médicament pour faire face aux exigences du travail. La consommation de substances dépend dans une large mesure de l'atmosphère de travail et de la satisfaction professionnelle. Seuls 4,1 % des salariés qui n'avait pas de problème au travail prenaient des médicaments pour faire face aux exigences du travail comparativement à 20% des personnes s'estimant harcelées.</p>	<p>L'évaluation de l'atmosphère de travail, l'emploi à temps plein ou à temps partiel, les exigences du travail, le harcèlement du travail, la satisfaction et le mécontentement au travail avaient une influence significative sur la consommation de médicaments.</p>
<p>C. Traweger 2004</p>							

Working conditions and psychotropic drug use : cross-sectional and prospective results from the French national SIP study	France Transversale puis suivi longitudinale (4 ans)	7 542 transversale dont 👤 3 829 📅 3 713	Age : 20-74 ans Echantillon issu d'une enquête nationale menée concomitamment par DARES/DREES/ INSEE à partir du recensement	Interroger au domicile par des enquêteurs qualifié et la consommation de psychotropes a été mesurée au cours des 12 derniers mois et définie par l'utilisation au d'une fois par semaine pour les anxiolytiques / hypnotiques et indépendamment de leur fréquence pour les antidépresseurs	<u>Conditions de travail psychosociale :</u> -facteur de Karasek -conflits éthiques -tension avec le public -insécurité de l'emploi -déséquilibre travail / vie privée -dissimuler ses émotions	Dans l'analyse transversale initiale, les exigences psychologiques (RR=1,28 ; IC 95% 1,14-1,45), le faible soutien social (RR=1,39 ; IC 95% 1,16-1,48) et les émotions cachées (OR=1,28 ; IC 95% 1,14-1,43) ont été associés à la consommation de psychotropes.	L'étude soulignait le rôle des facteurs psychosociaux du travail dans l'utilisation de psychotropes ainsi qu'avec des facteurs émergents (dissimuler ses émotions).
Marion Lassalle 2015		4 213 longitudinale	Exclusion : perdus de vue, ceux ne travaillant plus et les sujets consommant des psychotropes à l'inclusion		<u>Temps / heures de travail :</u> -longues heures de travail -travail de nuit -travail posté -heures de travail imprévisibles	L'insécurité de l'emploi pour les hommes (RR=1,38 ; IC 95 1,12-1,69) et le travail de nuit pour les femmes (RR=1,22 ; IC 95% 1,01-1,55) ont été associés à la consommation de psychotropes. De longues heures de travail s'avéraient être un facteur protecteur (RR=0,80 ; IC 95% 0,70-0,92).	
Workplace bullying and psychotropic drug use : the mediating role of physical and mental health status	France Transversale	7 694 dont 👤 4 562 📅 3 132	Age moyen de 40 ans Echantillon sud-est de la France	Recueil par un questionnaire anonyme, donné aux salariés tirés au hasard et qui doit être renvoyé au médecin du travail à l'aide d'une enveloppe prépayée.	<u>A l'aide du Leyman Inventory of Psychosocial Terror :</u> 45 modes d'intimidations au travail sur les 12 derniers mois ont été évalués, ainsi que la fréquence et la durée de l'intimidation	Dans l'analyse prospective, la dissimulation des émotions (RR=1,53 ; IC 95% 1,23-1,89) et l'exposition physique (RR=1,30 ; IC 95% 1,02-1,64) étaient prédictives de la consommation de psychotropes.	Après ajustement par de multiples covariables, l'intimidation sur le lieu de travail était fortement associée à la consommation de psychotropes pour les femmes (OR=1,78 ; IC 95% 1,41-2,24). Une exposition antérieure (OR=2,16 ; IC 95% 1,44-3,23) et actuelle (OR=1,60 ; IC 95% 1,23-2,10) augmentaient le risque de consommation pour les femmes uniquement.
Isabelle Niedhammer 2010			Exclusion : salarié travaillant depuis moins de 3 mois dans l'entreprise	La consommation de psychotropes a été mesurée à l'aide d'une question évaluant si un médicament était pris pour dormir, à but tranquillisant ou un autre psychotrope pour les troubles mentaux au cours des 12 mois précédents.		L'observation des comportements d'intimidation sur une autre personne sur le lieu de travail était associée significativement également à la consommation de psychotropes (pour les femmes : OR=1,32 ; IC 95% 1,13-1,54 et pour les hommes : OR=1,28 ; IC 95% 1,03-1,60).	L'exposition à l'intimidation de façon directe et indirecte s'est avéré être un facteur de risque important de consommation d'autant plus que l'on puisse imaginer qu'il y a une sous-estimation de cette exposition car les salariés qui avaient répondu à l'enquête étaient en poste et ceux dont l'état mental était fortement altéré pouvaient être en arrêt maladie.

Taking drugs in the working environment : a study in a sample of 2106 workers in the Toulouse metropolitan area	France Transversale	2106 dont 1 033 1 073	Age : 17-64 ans Echantillon représentatif de la région Toulousaine, légère surreprésentation de cadres et d'employés	Recueil auprès de salariés tirés au sort et remplissant un auto-questionnaire de toutes les classes médicamenteuses si le sujet déclaré au moins une consommation avait eu lieu durant le mois précédent (prescription ou automédication) et si la consommation médicamenteuse était estimée en relation avec le travail (pour être en forme pour le travail, traiter un symptôme au travail nécessitant d'avoir son traitement sur soi en permanence, pour se détendre ou dormir avant ou après le travail).	<u>Données psychosociales :</u> - sécurité de l'emploi ressentie - satisfaction globale au travail - satisfaction globale hors travail - niveau de stress perçu Type de contrat de travail Quotité de temps travaillé Catégorie professionnelle	-20% consommé pour être en forme pour le travail (sexe féminin, faible satisfaction globale hors travail, score élevé de stress associés significativement) -12 % consommé pour traiter un symptôme au travail nécessitant d'avoir son traitement sur soi en permanence (sexe féminin, l'âge, précarité d'emploi ressentie, faible satisfaction globale au travail et score élevé de stress associés significativement) -18% consommé pour se détendre ou dormir avant ou après le travail (sexe féminin, l'âge, précarité d'emploi ressentie, faible satisfaction hors travail et score élevé de stress associés significativement)	D'après cette étude, prendre un médicament afin de faire face aux difficultés du travail est fréquent ; d'autant plus qu'une sous-déclaration de la consommation est probable.
Maryse Lapeyre-Mestre							
2004			Données collectées lors de 2 visites médicales annuelles à 1 an d'intervalle dans un service inter-entreprises				
			Exclusion : visite d'embauche et contrat de travail inférieur à 1 an			30% des sujets de l'échantillon déclaraient consommer au moins un produit pour un motif en lien avec le travail	

Psychoactive drug consumption : performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers	France Transversale	1 273 dont 👤 661 📞 612	Echantillon représentatif de la région Toulousaine, légère surreprésentation de cadres et d'employés	Recueil auprès de salariés tirés au sort et remplissant un auto-questionnaire des psycholeptiques, psychoanaleptiques et analgésiques opiacés si le sujet déclaré au moins une consommation avait eu lieu durant le mois précédent (prescription ou automédication) et si la consommation médicamenteuse était estimée en relation avec le travail (pour être en forme pour le travail, traiter un symptôme au travail nécessitant d'avoir son traitement sur soi en permanence, pour se détendre ou dormir avant ou après le travail).	<u>Données psychosociales :</u> - satisfaction globale au travail - satisfaction globale hors travail - niveau de stress perçu	La prévalence de la consommation de psychotropes au départ était de 9,1% et la dépendance chez 3,5% des travailleurs. Cette consommation était associée aux catégories professionnelles (plus élevée chez les employés que chez les cadres supérieurs (OR=1,80 ; IC 95% 1,04-3,11), à une faible satisfaction professionnelle (OR=1,92 ; IC 95% 1,30-2,84) et hors travail (OR=3,40 ; IC 95% 2,27-5,00) et les habitudes de consommation de médicaments en lien avec le travail : pour les troubles du sommeil liés au travail (OR=18,27 ; IC 95% 11,81-28,26), pour l'amélioration des performances au travail (OR=28,13 ; IC 95% 12,00-65,92), pour le soulagement des symptômes désagréables lié au travail (OR=22,98 ; IC 95% 9,59-55,01).	Le comportement de vouloir améliorer ses performances a été considéré comme le principal facteur expliquant la consommation actuelle, la consommation chronique et la dépendance aux médicaments psychoactifs.
T.B. Ngoundo-Mbongue 2004			Données collectées lors de 2 visites médicales annuelles à 1 an d'intervalle dans un service inter-entreprises Exclusion : sujets ayant perdu leur emploi ou terminer leur contrat de travail durant l'année	consommation avait eu lieu durant le mois précédent (prescription ou automédication) et si la consommation médicamenteuse était estimée en relation avec le travail (pour être en forme pour le travail, traiter un symptôme au travail nécessitant d'avoir son traitement sur soi en permanence, pour se détendre ou dormir avant ou après le travail). En fonction de l'utilisation ou non de psychotropes au 2 moments de l'étude : usagers chroniques, nouveaux usagers, anciens usagers et jamais usagers	Type de contrat de travail Catégorie professionnelle		

Factors associated with psychoactive drug initiation in a sample of workers in France : results of the VISAT cohort study	France	1 533	Age : 32 / 42 et 52 ans	A l'inclusion, tous les participants ont été interrogés par un questionnaire standardisé sur l'usage de médicament et la classe thérapeutique a été demandé durant les 3 mois précédents. Dans les entretiens de suivi, le médecin du travail a demandé le nom de chaque médicament utilisé le mois précédent. Il a été défini les nouveaux consommateurs de psychotropes en fonction de leur réponse.	<u>Evaluer l'association entre facteurs psychosociaux au travail et l'initiation de médicaments psychoactifs :</u> -contrôle du travail/récompense -effort physique - demande psychologique Score de stress perçu Peur de perdre son emploi	5,4 % ont commencé à consommer des médicaments psychoactifs au cours du suivi, avec un taux deux fois plus élevé chez les femmes. Chez les femmes, l'initiation de psychotropes était plus fréquente chez les participantes âgées de 52 ans et plus (OR=2,59 ; IC 95% 1,26-5,31) et dont le niveau de contrôle et de récompense du travail était plus faible (OR=2,03 ; IC 95% 1,14-3,61). Chez les hommes, aucun facteur professionnel n'a été identifié. L'initiation s'est surtout trouvée chez ceux qui présentaient des scores PSS4 élevés (OR=9,17 ; IC 95% 3,14-26,74) et qui étaient des cols blancs (OR=2,81 ; IC 95% 0,94-8,43).	La pression de l'environnement psychosocial était plus importante chez les hommes, alors que l'âge et les facteurs psychosociaux liés au travail étaient les principaux facteurs associés à la nouvelle consommation chez les femmes.
O. Bœuf-Cazou 2010	Longitudinale (suivi de 5 ans) Inclusion en 1996 et suivi en 1999 et 2001		Echantillon provenant de 3 régions du sud de la France, inclusion par 94 médecins de travail durant leur visite annuelle Répartition similaire homme/femme				

<p>Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête "Mode de Vie et Travail"</p> <p>O. Bœuf-Cazou</p> <p>2011</p>	<p>France</p> <p>Transversale</p>	<p>2 213</p>	<p>Tout âge de travailleurs</p> <p>Echantillon région toulousaine, légère surreprésentation de cadres et d'employés</p> <p>Les 100 premiers salariés se rendant à la visite médicale des 25 médecins du travail participant à l'étude</p>	<p>Les salariés ont rempli un auto-questionnaire anonyme avec évaluation de la consommation de l'ensemble des médicaments psycholeptiques (N05) et psychoanaleptiques (N06) pris au cours de la semaine passée.</p>	<p>Utilisation des items des questionnaire de Karasek et de Siegrist</p> <p>Score de stress perçu</p>	<p>41% ont déclarés avoir pris au moins un médicament au cours de la semaine passée avec une majorité de femmes et 6.1% ont déclaré prendre un médicament psychoactif.</p> <p>Ceux qui avaient un profil de poly-consommateurs (tabac, cannabis et médicaments psychoactifs) étaient plutôt insatisfaits professionnellement, stressés avec une insécurité de l'emploi et un travail sans créativité, sans prise de décision, sans soutien, avec une pression temporelle, des changements indésirables, des responsabilités insatisfaisantes et des situations de tensions professionnelles</p>
--	-----------------------------------	--------------	---	---	---	---

Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over	France Longitudinale (suivi de 8 ans)	7 299 dont ♀ 3 374 ♂ 3 925	♀ 35-60 ans ♂ 45-60 ans	Les salariés ont rempli un auto-questionnaire et devez répondre s'il suit actuellement un traitement, noter le nom des médicaments, la quantité prise et la durée du traitement. Il a été distingué parmi les psychotropes (les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les hypnotiques et divers sédatifs codés par la classification VIDAL)	Niveau socio-culturel défini par le niveau d'éducation et le statut professionnel Notion de satisfaction professionnel	6.3% des sujets consommaient des médicaments psychotropes (8.4% ♀ et 4,6% ♂). La consommation de psychotropes était plus élevée chez les sujets des deux sexes ayant des antécédents de dépression, la perception d'une mauvaise santé et le recours à d'autres traitements médicamenteux. Être veuf chez les hommes (OR=3,4 ; IC 95% 1,6-7,3) et divorcé chez les femmes (OR=2,0 ; IC 95% 1,2-3,2) ont également été associés à une augmentation de la consommation de psychotropes. Il a été démontré une relation statistique entre la perception de l'état de santé et l'utilisation d'autres types de médicaments chez les femmes (OR=6,5 ; IC 95% 4,6-9,5).	Peu de critères professionnels furent analysés dans cet article mais ces résultats font dire que les facteurs qui influent sur la consommation de psychotropes sont différents chez les hommes et chez les femmes. Les facteurs professionnels semblent plus importants chez les hommes et les facteurs de santé semblent plus importants chez les femmes.
F. Empereur							
2003							
Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions	France Transversale	7 629 dont ♀ 3 065 ♂ 4 564	Age : 18-65 ans Echantillon de la région parisienne (86% européen, 7% maghrébin, 7% autres pays)	Consommation d'hypnotiques obtenu par entretien ; les personnes ont été considérées être des consommateurs actuels lorsqu'ils ont déclaré qu'ils utilisaient des hypnotiques au moins une fois par semaine.	Conditions de travail perçus Absentéisme pour cause de maladie ou accident de travail	La prévalence de la consommation d'hypnotiques était de 11,3% pour les femmes et 6,1% pour les hommes. 26% des femmes et 16% des hommes ont déclaré avoir des troubles du sommeil.	Les conditions physiques de travail n'étaient pas liées à la qualité de sommeil par opposition aux conditions de travail perçues et déclarées par le travailleur.
M C Jaquinet-Salord			Entreprises de petites et moyennes tailles (mécanique, génie chimique et non industrielle : bureaux, restaurant, garage)	(la qualité du sommeil déclarée par l'intéressé a été évaluée par une question unique : "Dormez-vous bien sans des somnifères ?" Trois mesures quantitatives de sommeil ont été collectées : durée du sommeil (estimé par la durée entre l'extinction des lumières et le réveil), la latence du sommeil (durée entre l'extinction des lumières et l'endormissement), les réveils : nombre mensuel de nuits interrompues).	Statut professionnel Exposition au bruit <u>Condition de travail</u> : - contraintes physiques - conditions horaires - travail sur une chaîne de montage	Aucune association entre les conditions de travail (exposition au bruit, travail à la chaîne, charge de travail physique) et les troubles du sommeil ou la consommation d'hypnotiques n'a été retrouvée. La consommation était plus élevée chez les sujets signalant une mauvaise ambiance au travail (p<10-3). De même que pour les hommes peu intéressés par leur emploi et pour les femmes qui travaillaient sous la pression du temps.	Reste à déterminer si ce lien est causal ou s'il reflète un sentiment général d'insatisfaction
1993			Données recueillies par 13 médecins du travail lors de la visite médicale annuelle				
			Exclusion : salariés travaillant depuis moins d'un an				

Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists : a national survey	France Transversale	2 744	Age : 30 - 65 ans Tous médecins anesthésistes - réanimateurs de France inscrit à l'ordre des médecins tous secteurs confondus (libéral, général, universitaire, PSPH)	Recueillis par un questionnaire anonyme adressé sous enveloppe aux 9 186 médecins concernés, associé à une enveloppe réponse. Il était demandé la consommation durant les douze derniers mois de tabac, d'alcool, de cannabis et de substances telles que tranquillisants et hypnotiques, cocaïne et amphétamines, opiacés et agents anesthésiques.	Activité professionnelle (anesthésie, réanimateur, médecine d'urgence, prise en charge de la douleur, soins palliatifs) Structure de travail / Dimension de l'équipe Ressenti du problème d'addiction dans le milieu professionnel Stress au travail / Sentiment de surcharge de travail	10,9% des anesthésistes réanimateurs ont été classés dans la catégorie des personnes en état d'abus ou de dépendance vis-à-vis d'au moins une des substances étudiées en dehors du tabac. Prévalence de consommation de tranquillisants et d'hypnotiques était de 13,7% avec un abus ou une dépendance à ces substances représentaient à 4,5% des répondants. Prévalence de la consommation des opiacés était de 0,9% avec un abus ou une dépendance représentaient à 0,6%. Les sujets considérés comme abuseurs ou dépendants aux tranquillisants et hypnotiques se plaignent plus fréquemment de trouble du sommeil (OR=3,26 ; IC 95% 2,12-5,02), de co-addictions comme l'alcool (OR=,50 ; IC 95% 2,08-5,89) ou d'opiacés / cannabis / stimulants (OR=11,82 ; IC 95% 4,70-29,74) et de leurs conditions de travail.	Cette enquête nationale montre que l'abus et la dépendance aux substances psychoactives est réel dans le milieu anesthésique et réanimation bien que la prévalence soit probablement inférieure à la population générale. L'addiction est associée à une perception négative des conditions de travail sans qu'il puisse être établi qu'elle en soit la cause ou la conséquence.
L. Beaujouan							
2005							

B. Le but de notre étude

Notre étude s'intéresse à la relation entre la consommation médicamenteuse et les conditions de travail en particulier le vécu du travail.

Par rapport à la revue de la littérature, notre étude s'intéresse à plusieurs classes médicamenteuses en dehors des psychotropes et à une multitude de variables professionnelles.

Cela va permettre d'éventuellement découvrir de nouvelles associations avec des facteurs professionnels connus et non connus ainsi qu'avec de nouvelles classes médicamenteuses non connues à l'heure actuelle dans la littérature.

Un abord du vécu psychologique a été fait avec la perception des évolutions et des contraintes au fil du temps tout en prenant compte les facteurs sociodémographiques et le contexte professionnel avec le type de contrat de travail et le type de journée de travail en terme d'horaire.

Notre échantillon de l'étude est une population de salariés non sélectionnés, de tous âges en période d'activité et provenant de tous les secteurs d'activités du régime général de la sécurité sociale.

Les données sur le recueil de la consommation d'un médicament permettent soit d'apporter un élément supplémentaire pour définir une pathologie déjà connue et de pouvoir préciser sa sévérité ou bien de pouvoir orienter vers un diagnostic non étiqueté. Cet indicateur pourrait être recueilli par tous les professionnels de santé qui interviennent et il serait un indicateur global d'une certaine forme de problématique entre la santé et le travail.

V. DÉROULEMENT DE NOTRE ETUDE

Notre étude transversale s'est déroulée en novembre 2016 à Toulouse sur une population de travailleurs. Ces informations ont pu être recueillies grâce à un service inter-entreprises qui a pu mobiliser ses infirmiers en santé travail (IDEST) et ses médecins du travail sur ce sujet. La participation à cette étude était basée sur le volontariat de chacun.

L'objectif principal est de mettre en évidence un lien entre le vécu du travail et la consommation médicamenteuse dans une population de salariés de secteurs d'activité divers.

A. Présentation générale

Cette étude est issue d'un travail collaboratif entre plusieurs équipes hospitalo-universitaires (pharmaco-épidémiologie et santé au travail) du CHU de Toulouse et un service de santé au travail inter-entreprises de Toulouse (ASTIA) depuis de nombreuses années. Elle a fait l'objet de plusieurs mesures de la consommation médicamenteuse en population de travailleurs ces 30 dernières années.

Le dernier recueil concerne l'année 2016 et a nécessité la réalisation d'un questionnaire reprenant en partie les données des études précédentes mais également l'ajout de nouvelles informations.

Ce questionnaire comporte plusieurs contraintes : être comparatif par rapport aux études précédentes, recueillir des données utiles pour les médecins du service inter-entreprises afin de mieux connaître la population suivie et de rassembler des données pertinentes pour l'évaluation de la consommation médicamenteuse dans une population spécifique.

Il a été veillé à ce que le questionnaire soit anonyme et que les informations recueillies ne permettent pas de retrouver l'identité des salariés.

Cet auto-questionnaire était donné aux salariés en salle d'attente avant l'examen médical ou l'entretien infirmier. Le salarié remplissait son questionnaire dans la salle d'attente avant sa

consultation. Pour la réalisation de cette étude, 65 médecins du travail et 32 IDEST se sont vu attribuer un numéro anonymat. Le nombre de médecins du travail participants à l'étude est de 47 et le nombre d'IDEST participant est de 22.

Le critère d'inclusion est : tout salarié consultant le SST quel qu'en soit le motif de visite.

Les critères d'exclusion sont :

- Un refus de participer à l'étude,
- Une embauche remontant à moins d'un mois,
- Une non-compréhension du français oral et/ou écrit.

Un contrat intérimaire n'était pas un motif d'exclusion, le salarié répondait par rapport à sa dernière mission accomplie.

Les salariés inclus étaient reçus par l'IDEST pour les visites d'information et de prévention (VIP) et par le médecin du travail en visite périodique, d'embauche, de pré-reprise, de reprise, à la demande du salarié, à la demande de l'employeur ou à la demande du médecin du travail. Ils devaient remplir le questionnaire eux même. S'ils éprouvaient des difficultés à le remplir, ils pouvaient demander conseil à l'IDEST ou au médecin du travail pendant la consultation.

Au total, sur la période novembre 2016, nous avons récupéré 3 362 questionnaires. Sur ces 3 362 questionnaires, 38 n'avaient pas été correctement remplis pour les codes d'activité professionnelle et 5 sans code de catégorie socioprofessionnelle, éléments indispensables pour notre étude. Sur les 3 319 questionnaires restants, nous avons eu 159 refus de répondre au questionnaire. Cela aboutit à 3 160 questionnaires et 28 n'avait pas de médicaments codés. Il y a donc 3 132 questionnaires exploitables.

Le nombre de questionnaires remplis par les médecins est de 2 264 et le nombre de questionnaires remplis par les IDEST est de 868.

L'ensemble des questionnaires papiers a été numérisé et les données ont permis de créer un fichier de type Excel permettant ainsi une analyse statistique sur logiciel.

B. Le questionnaire

Le choix des questions a fait l'objet d'un consensus. Nous avons dû nous adapter aux demandes du terrain sans oublier l'objectif de comparabilité avec les études précédentes. Pour cela, nous avons dû reprendre certaines questions afin d'être comparatif.

Le questionnaire se divise en trois parties. Nous recensons en premier les données administratives, en second les caractéristiques générales et professionnelles, en deuxième stress au travail et enfin la consommation médicamenteuse.

Lors de la remise du questionnaire, l'assistant du professionnel de santé attribuait un numéro d'anonymat à tous les salariés, composé d'un numéro salarié (de 001 à 999) associé à un code de l'IDEST (de I01 à I32) ou du médecin (de M01 à M65). Pour ceux qui avaient donné leur consentement pour participer à l'étude, le professionnel de santé recueillait la branche d'activité professionnelle de l'entreprise employant le salarié grâce au code de Nomenclature d'Activité Française (NAF) (50) . Il notait également le poste de travail codé selon la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelle (PCS) (51), Ensuite, il enregistrerait le motif de la visite.

La suite du questionnaire était complétée par le salarié dans la salle d'attente avant l'examen, la partie sur la consommation médicamenteuse étant revue par le professionnel de santé au moment de l'entretien avec le salarié.

La première partie recense les caractéristiques générales et professionnelles des salariés. Le salarié notait l'âge, le sexe et le type de contrat de travail (CDI ou fonctionnaire, CDD ou Autre) dans un premier temps. Nous nous intéressons ensuite à la satisfaction au travail grâce à une échelle visuelle analogique (EVA). Le salarié doit cocher sur cette EVA un chiffre entre 1 et 10. 1 représentant « pas du tout satisfait » de votre travail et 10 « Tout à fait satisfait » de votre travail. Nous évaluons ensuite la satisfaction hors travail sur le même principe avec 1 « Pas du tout satisfait » et 10 « Tout à fait satisfait ». Nous mesurons ensuite la pénibilité physique du travail (chaleur, manutention, bruit...) avec une EVA, 1 « Pas du tout pénible » et 10 « Très

pénible ». Sur le même système nous évaluons la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...), avec 1 correspondant à « Pas du tout difficile » et 10 « Très difficile ».

Nous nous sommes intéressés ensuite aux horaires de travail. Sont-ils jugés « normaux » par le salarié ? Est-ce qu'il travaille régulièrement en « horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) », avec des « horaires irréguliers ou alternés » ou « travail de nuit » ? La réponse se fait en cochant la case « Oui » ou « Non ».

Puis, nous questionnons le salarié sur son appréciation du travail. Nous avons repris les questions du questionnaire EVREST, questionnaire utilisé pour des recueils de données en médecine du travail depuis 2008. Le salarié avait le choix entre quatre types de réponses : « Non pas du tout », « Plutôt non », « Plutôt oui » et « Oui tout à fait ». Nous avons divisé cette catégorie en 9 questions : « Votre travail vous permet d'apprendre des choses », « Votre travail est varié », « Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder », « Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération », « Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité », « Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel », « Vous devez faire des choses que vous désapprouvez », « Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi », « Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail ».

Pour finir cette partie nous interrogeons le salarié sur l'évolution de son travail au cours des 5 dernières années. Les réponses possibles étaient « Plus », « Autant » ou « Moins ». Nous avons divisé cette question en 5 items : est-ce plus, autant ou moins « Pénible », « Stressant » ; y a-t-il plus, autant ou moins d'« Entraide, coopération », d'« Autonomie » et enfin de « Reconnaissance ».

La deuxième partie recense le stress perçu dans le travail au cours du dernier mois. Nous avons utilisé le questionnaire Perceived Stress Scale, établi par le professeur Cohen spécialiste en psychologie (52). Le salarié avait le choix entre 5 types de réponses : « Jamais », « Presque jamais », « Parfois », « Assez souvent » et « Souvent ». Les questions posées étaient : « Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes dans votre travail ? », « Vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos difficultés professionnelles ? », « Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? », « Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à tel point que vous ne pouviez les contrôler ? ».

La troisième partie questionne sur la consommation de médicaments au cours de la semaine précédente avec une réponse binaire, soit « Oui », soit « Non ». Il était précisé dans le questionnaire que « les vitamines, le magnésium, l'homéopathie et les plantes » étaient inclus. Si la réponse était positive, nous demandions le « nom du médicament », le « motif d'utilisation », « la consommation régulière au cours du mois précédent » (réponse Oui/Non), « la prise d'avis d'un médecin ou d'un pharmacien » (réponse Oui/Non) et finalement « le lien avec le travail » du point de vue du salarié (réponse Oui/Non).

C. L'analyse statistique

1. La description des données

Concernant le travail de cette thèse, les analyses statistiques ont été réalisées par le Dr Niezborala du service de santé au travail ASTIA via le logiciel STATA version 16.1.

Tout d'abord, une analyse descriptive de la population à l'inclusion a été opérée. La consommation médicamenteuse de la population d'étude a déjà été décrite par Othenin J. (53). Les comparaisons de variables catégorielles et continues ont été décrites au moyen du test de Student ou de tests non paramétriques (test de Mann Whitney). Les tests d'indépendance entre variables qualitatives ont été effectués à l'aide du test du Chi² de Pearson ou du test exact de Fisher (si un des effectifs théoriques d'un tableau de contingence était inférieur à 5).

2. Les croisements entre les données de consommation médicamenteuse et les autres variables

a) Les traitements préliminaires

i. La création de certaines variables

a. Variables de consommation médicamenteuse

Nous avons d'abord créé la variable « Avoir consommé au moins un médicament » sur la base de la réponse à la question « Au cours de la semaine dernière, avez-vous consommé un ou plusieurs médicaments ? »

Nous avons créé une variable appelée « avoir consommé au moins un psychotrope » en cas de consommation déclarée d'au moins un des médicaments suivants :

- Analgésiques opiacés (classe ATC N02A),
- Psycholeptiques (N05),
- Psychoanaleptiques (N06),
- Doxylamine (R06AA09) indiquée dans le traitement des troubles du sommeil
- Alimemazine (R06AD01) utilisé essentiellement dans le traitement des troubles du sommeil qui sont devenus son indication exclusive en 2018.

Pour constituer cette variable, le choix de ne pas prendre tous les médicaments de la classe N s'expliquait par le fait que nous souhaitions privilégier des médicaments utilisés habituellement pour traiter des troubles réactionnels à des événements de vie et non des pathologies psychiatriques peu dépendantes de l'environnement social ou affectif.

Nous avons créé les variables : « Avoir consommé au moins un... » :

- Médicament de la thyroïde (classe ATC H03),
- Médicament du système musculosquelettique (classe ATC M),
- Analgésique (classe ATC N02),
- Psycholeptique (Classe ATC N05),

- Psychoanaleptique (classe ATC N06),
- Médicament du système cardiovasculaire (Classe ATC C),
- Médicament du système respiratoire (Classe ATC R sauf Doxylamine et Alimemazine),
- Médicament du système digestif (classe ATC A01 à A07),

si le salarié déclarait avoir consommé au moins un médicament appartenant au groupe pharmacologique considéré.

Pour toutes ces variables de consommation, nous avons considéré que le salarié établissait un lien entre la consommation considérée et le travail, s'il avait indiqué ce lien pour au moins un des médicaments consommés.

b. Autres variables

Le score de stress a été calculé par sommation des réponses aux 4 items du questionnaire PSS4. Chaque item était coté de 1 à 5. Le score variait donc entre 4 et 20. Le score de 20 correspondait à un niveau de stress ressenti maximal.

Pour les 5 items interrogeant sur l'évolution du travail, nous avons créé deux variables synthétiques :

- Une variable « Dégradation » comptabilisant le nombre de réponses allant dans le sens d'une détérioration au fil du temps des conditions de travail
- Une variable « Amélioration » comptabilisant le nombre de réponses marquant un sentiment d'évolution positive des conditions de travail au fil du temps.

Ces 2 variables comportaient 6 modalités allant de 0 à 5.

ii. [Le traitement des données manquantes](#)

Pour la plupart des items, les non-réponses étaient très peu nombreuses et dans tous les cas inférieurs à 5% des répondants.

Les non-réponses à la question sur la consommation médicamenteuse ont été exclues, c'est pourquoi l'échantillon exploité comprend au final 3132 personnes.

Les non-réponses aux questions sur le vécu issu du questionnaire EVREST et questions du PSS4 ont été remplacées par le mode des réponses des salariés ayant le même sexe, même catégorie d'âge et même catégorie professionnelle (code PCS à 1 chiffre).

Les non-réponses aux questions sur le genre, la catégorie professionnelle et le contrat de travail ont été remplacés par le mode de la variable pour l'ensemble de l'échantillon du fait du très faible nombre de données manquantes.

Les non-réponses aux questions sur l'âge et la nature de la visite ont été considérés comme une catégorie particulière de valeurs. Du fait d'un nombre relativement important de données manquantes, ceci a conduit à transformer l'âge en catégories d'âges de 10 ans.

Les non-réponses au sujet des horaires de travail ont été considérées comme « non concerné ».

iii. [Le statut des données](#)

Toutes les variables de consommation médicamenteuses ont été traitées comme des variables qualitatives à 2 classes :

- Avoir consommé : Oui / Non.
- Etablir un lien avec le travail : Oui / Non.

Certains items ont été traités comme des variables quantitatives :

- Les 4 EVA (satisfaction hors travail, satisfaction au travail, pression, pénibilité physique).
- Le score calculé à partir du PSS4.

L'âge a recodé en classes de 10 ans à partir de la tranche de 15 à 24 ans jusqu'à 55 ans et plus et traité comme une variable qualitative. Même si l'hypothèse d'une augmentation de la consommation médicamenteuse avec l'âge est très vraisemblable et pouvait plaider pour traiter l'âge comme une variable quantitative, nous avons fait ce choix pour ne pas passer à côté d'une relation curvilinéaire avec l'âge. De plus, le nombre relativement important de situations où cette information n'était pas renseignée, nous a conduit à créer une catégorie « non-réponse ».

Le code PCS a été utilisé dans sa version à un chiffre et considéré comme une variable qualitative.

Les variables « dégradation » et « amélioration » ont été considérées comme des variables qualitatives à 6 classes. Il nous semblait en effet difficile de les traiter comme des variables quantitatives du fait de leur mode de constitution et des incertitudes que nous avons sur les caractéristiques de leur distribution.

Les items issus du questionnaire Evrest ont été traités séparément les uns des autres et considérés comme des variables qualitatives à 4 classes.

Toutes les autres variables qualitatives par essence ont été exploitées comme telles.

b) La stratégie d'analyse

Nos analyses ont reposé sur des régressions logistiques du maximum de vraisemblance et la stratégie utilisé a été la suivante.

- Une étape de croisement univarié entre les variables de consommation médicamenteuse et les autres variables exploitées.
- Une étape de croisement entre les variables de consommation médicamenteuse et chaque variable professionnelle en ajustant sur l'identité de l'enquêteur (médecin / infirmier), le genre (homme / femme), l'âge traité en classes de 10 ans, le type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), le type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), la catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier) et la satisfaction hors travail.
- Une étape de croisement multivarié entre les variables de consommation médicamenteuse et l'ensemble des variables professionnelles en utilisant une stratégie ascendante pas à pas et en forçant la présence des facteurs indiqués ci-dessus.

Dans les tableaux de résultats sont présentés :

- Le résultat du test de significativité globale du lien entre chaque variable explicative et la variable à expliquer.
- Les Odds-ratio et leur intervalle de confiance à 95 % :
 - Pour une unité d'échelle quantitative.
 - De comparaison avec la modalité de référence pour chaque modalité des variables qualitatives.

VI. RÉSULTAT

A. Description des variables professionnelles

Le **Tableau 2** représente l'équivalence du nom des variables professionnelles que nous avons utilisé dans nos tableaux de résultats à l'intitulé intégral de la question présent dans le questionnaire rempli par les 3 132 salariés.

Tableau 2 :Correspondance du nom des variables utilisées dans les tableaux de résultats et de l'intitulé intégral utilisé dans le questionnaire

Intitulé de la variable	Intitulé intégral utilisée dans le questionnaire
Apprendre des choses	Votre travail vous permet d'apprendre des choses
Travail varié	Votre travail est varié
Choisir façon procéder	Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder
Entraide, coopération	Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération
Moyens de travail	Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité
Reconnaissance	Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel
Désapprouvez	Vous devez faire des choses que vous désapprouvez
Peur perdre l'emploi	Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi
Concilier vie professionnelle-personnelle	Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail
Evolution pénibilité	Au cours des 5 dernières années comment jugez-vous l'évolution de votre travail en termes de pénibilité ?
Evolution stress	Au cours des 5 dernières années comment jugez-vous l'évolution de votre travail en termes de stress ?
Evolution entraide, coopération	Au cours des 5 dernières années comment jugez-vous l'évolution de votre travail en termes d'entraide, coopération ?
Evolution autonomie	Au cours des 5 dernières années comment jugez-vous l'évolution de votre travail en termes d'autonomie ?
Evolution reconnaissance	Au cours des 5 dernières années comment jugez-vous l'évolution de votre travail en termes de reconnaissance ?

Il s'ajoute la variable « enquêteur » qui représente le relevé des questionnaires des IDEST par rapport au médecin.

Ainsi que la variable « dégradation » et « amélioration ». Il s'agit du nombre de réponses marquant une « dégradation » ou une « amélioration » des variables de l'évolution du travail au fil du temps.

B. Caractéristiques de la population

Le **Tableau 3** présente les caractéristiques détaillées de la population de l'étude.

3 132 salariés ont été inclus dans cette étude dont 1578 femmes (soit 50.4%) et 1 549 hommes (soit 49.5%) et 5 n'ont pas répondu (soit 0.1%).

L'âge moyen de cette population est de 37 ans avec une médiane pour 36 ans.

A propos du motif de consultation, 1 283 salariés ont été vus en visite d'embauche (soit 41.0%), 1 257 salariés ont été vus en visite périodique (soit 40.1%), 277 salariés ont été vus en visite de reprise (soit 8.8%), 62 salariés ont été vus en visite de pré-reprise (soit 2.0%), 197 salariés ont été vus en visite à la demande (soit 6.3%) et pour 56 salariés on ne connaît pas le type de visite (soit 1.8%).

Le type de contrat de travail est principalement représenté par les CDI ou les Fonctionnaires avec 2 648 salariés (soit 84.5%). Les CDD représentent 329 salariés (soit 10.5%), la catégorie Autre qui évoque entre autres les contrats intérimaires, les contrats d'apprentissages, les contrats de formation en alternance représente 144 salariés (soit 0.3%).

Le **Tableau 4** présente les secteurs d'activités des 3 132 salariés. Nous nous en sommes servis pour décrire la population et apercevoir la variété des postes et de l'activité mais nous ne les avons pas utilisés dans l'exploitation ultérieure des résultats.

D'après la nomenclature PCS, (51) la population est principalement composée d'employés qui représentent 1 158 personnes (soit 37.0%), suivi des professions intermédiaires qui représentent 783 personnes (soit 25.0%) puis des cadres et professions intellectuelles supérieures avec 700 personnes (soit 22.3%) et enfin des ouvriers avec 469 personnes (soit 15.0%).

Tableau 3 : Caractéristiques des effectifs de chaque catégorie exploitée et pour chaque catégorie de score pour 3 132 salariés

Nom de la variable	Nombre effectif (%)	Nom de la variable	Nombre effectif (%)	Nom de la variable	Nombre effectif (%)	Nom de la variable	Nombre effectif (%)
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)		Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)		Pénibilité physique (Pour une unité de score)		Pression temporelle (Pour une unité de score)	
Données manquantes	2 (0.1%)	Données manquantes	5 (0.2%)	Données manquantes	10 (0.3%)	Données manquantes	27 (0.9%)
1	58 (1.9%)	1	13 (0.4%)	1	488 (15.6%)	1	176 (5.6%)
2	36 (1.1%)	2	16 (0.5%)	2	489 (15.6%)	2	189 (6.0%)
3	95 (3.0%)	3	26 (0.8%)	3	473 (15.1%)	3	268 (8.6%)
4	96 (3.1%)	4	45 (1.4%)	4	268 (8.6%)	4	272 (8.7%)
5	267 (8.5%)	5	113 (3.6%)	5	355 (11.3%)	5	457 (14.6%)
6	290 (9.3%)	6	142(4.5%)	6	298 (9.5%)	6	407 (13.0%)
7	568 (18.1%)	7	355 (11.3%)	7	338 (10.8%)	7	512 (16.3%)
8	873 (27.9%)	8	810 (25.9%)	8	263 (8.4%)	8	477 (15.2%)
9	431 (13.8%)	9	838 (26.8%)	9	102 (3.3%)	9	244 (7.8%)
10	416 (13.3%)	10	769 (24.6%)	10	48 (1.5%)	10	101 (3.2%)
						Données manquantes	2 (0.1%)
Genre		Horaire décalée		Horaire irrégulière		Travail de nuit	
Masculin	1549 (49.5%)	Oui	947 (30.2%)	Oui	895 (28.6%)	Oui	231 (7.4%)
Féminin	1578 (50.4%)	Non	1671 (53.4%)	Non	1690 (54.0%)	Non	2189 (69.9%)
Données manquantes	5 (0.1%)	Données manquantes	514 (16.4%)	Données manquantes	547 (17.4%)	Données manquantes	712 (22.7%)
Age		Choisir façon procéder		Peur perdre l'emploi		Evolution autonomie	
15-24 ans	476 (15.2%)	Non pas du tout	289 (9.2%)	Non pas du tout	1476 (47.1%)	Plus	1233 (39.4%)
25-34 ans	939 (30%)	Plutôt non	642 (20.5%)	Plutôt non	1066 (34.0%)	Autant	1393 (44.5%)
35-44 ans	734 (23.4%)	Plutôt oui	1462 (46.7%)	Plutôt oui	383 (12.2%)	Moins	303 (9.7%)
45-54 ans	609 (19.4%)	Oui tout à fait	692 (22.1%)	Oui tout à fait	133 (4.2%)	Données manquantes	203 (6.5%)
55 ans et plus	290 (9.3%)	Données manquantes	47 (1.5%)	Données manquantes	74 (2.4%)		
Données manquantes	84 (2.7%)						
Contrat de travail		Entraide, coopération		Concilier vie professionnelle – personnelle		Evolution reconnaissance	
CDI ou Fonctionnaire	2648 (84.5%)	Non pas du tout	104 (3.3%)	Non pas du tout	178 (5.7%)	Plus	736 (23.5%)
CDD	329 (10.5%)	Plutôt non	370 (11.8%)	Plutôt non	423 (13.5%)	Autant	1461 (46.6%)
Autre	144 (4.6%)	Plutôt oui	1675 (53.5%)	Plutôt oui	1540 (49.2%)	Moins	725 (23.1%)
Données manquantes	11 (0.4%)	Oui tout à fait	929 (29.7%)	Oui tout à fait	926 (29.6%)	Données manquantes	210 (6.7%)
		Données manquantes	54 (1.7%)	Données manquantes	65 (2.0%)		
Motif d'examen		Moyen de travail		Evolution pénible		Score de stress perçu (Pour une unité de score)	
Embauche	1283 (41.0%)	Non pas du tout	72 (2.3%)	Plus	602 (19.2%)	4	116 (3.7%)
Périodique	1257 (40.1%)	Plutôt non	418 (13.3%)	Autant	1391 (44.4%)	5	161 (5.1%)
Reprise	277 (8.8%)	Plutôt oui	1776 (56.7%)	Moins	906 (28.9%)	6	236 (7.5%)
Pré-reprise	62 (2.0%)	Oui tout à fait	815 (26.0%)	Données manquantes	233 (7.4%)		

A la demande	197 (6.3%)	Données manquantes	51 (1.6%)			7	321 (10.2%)
Données manquantes	56 (1.8%)					8	435 (13.9%)
Apprendre des choses		Reconnaissance		Evolution stress		9	449 (14.3%)
Non pas du tout	130 (4.2%)	Non pas du tout	133 (4.2%)	Plus	1036 (33.1%)	10	382 (12.2%)
Plutôt non	402 (12.8%)	Plutôt non	455 (14.5%)	Autant	1202 (38.4%)	11	316 (10.1%)
Plutôt oui	1386 (44.3%)	Plutôt oui	1684 (53.8%)	Moins	692 (22.1%)	12	252 (8.0%)
Oui tout à fait	1194 (38.1%)	Oui tout à fait	769 (24.6%)	Données manquantes	202 (6.4%)	13	129 (4.1%)
Données manquantes	20 (0.6%)	Données manquantes	91 (2.9%)			14	111 (3.5%)
Travail varié		Désapprouvez		Evolution entraide, coopération		15	51 (1.6%)
Non pas du tout	159 (5.1%)	Non pas du tout	880 (28.1%)	Plus	726 (23.2%)	16	40 (1.3%)
Plutôt non	524 (16.7%)	Plutôt non	1507 (48.1%)	Autant	1749 (55.8%)	17	18 (0.6%)
Plutôt oui	1456 (46.5%)	Plutôt oui	552 (17.6%)	Moins	428 (13.7%)	18	17 (0.5%)
Oui tout à fait	968 (30.9%)	Oui tout à fait	137 (4.4%)	Données manquantes	229 (7.3%)	19	11 (0.4%)
Données manquantes	25 (0.8%)	Données manquantes	56 (1.8%)			20	6 (0.2%)
						Données manquantes	81 (2.6%)

Tableau 4 : Caractéristiques des secteurs d'activités des 3 132 salariés.

Nom du code	Nombre effectif (%)
<u>Code NAF</u>	
Industrie manufacturière	236 (7.5%)
Construction	120 (3.8%)
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	612 (19.5%)
Transports et entreposage	135 (4.3%)
Hébergement et restauration	195 (6.2%)
Information et communication	300 (9.6%)
Activités financières et d'assurance	193 (6.2%)
Activités immobilières	45 (1.4%)
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	406 (13.0%)
Activités de services administratifs et de soutien	226 (7.2%)
Enseignement	51 (1.6%)
Santé humaine et action sociale	373 (11.9%)
Arts, spectacles et activités récréatives	78 (2.5%)
Autres activités de services	126 (4.0%)
Données manquantes	36 (1.1%)
<u>Code PCS</u>	
Artisans, commerçant et chefs d'entreprise	20 (0.6%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	700 (22.3%)
Professions intermédiaires	783 (25.0%)
Employés	1158 (37.0%)
Ouvriers	469 (15.0%)
Données manquantes	2 (0.1%)

C. Description de la consommation médicamenteuse

Tableaux de résultats disponibles de **l'Annexe 1 à l'Annexe 20**.

Pour la consommation médicamenteuse globale, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf « contrat de travail » et « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les variables deviennent significatives sauf « travail de nuit », « apprendre des choses », « travail varié », « entraide, coopération » et « dégradation ».

Pour la consommation d'hormones thyroïdiennes, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives en dehors du « contrat de travail », « satisfaction hors travail », « pénibilité physique », « enquêteur », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « apprendre des choses », « travail varié », « choisir façon procéder », « désapprouvez », « peur perdre l'emploi », « concilier vie professionnelle – personnelle ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables deviennent non significative.

Pour la consommation de médicaments à visée digestive, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient non significatives en dehors du « genre », « satisfaction au travail », « satisfaction hors travail », « pression temporelle », « score de stress perçu », « évolution stress ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables deviennent non significatives.

Pour la consommation de médicaments à visée cardiovasculaire, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf le « contrat de travail », « satisfaction hors travail », « enquêteur », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « travail varié », « choisir façon de procéder », « désapprouvez », « concilier vie professionnelle – personnelle », « évolution entraide, coopération ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables deviennent non significatives sauf « score de stress perçu » et « travail de nuit ».

Pour la consommation de médicaments musculosquelettiques, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf « âge », « contrat de travail », « enquêteur », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « reconnaissance », « évolution pénibilité », « évolution stress », « évolution entraide, coopération », « évolution autonomie », « dégradation ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables deviennent non significatives en dehors « travail varié », « choisir façon procéder », « concilier vie professionnelle-personnelle ».

Pour la consommation de médicaments analgésiques, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf « âge », « contrat de travail », « satisfaction hors travail », « pression temporelle », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « apprendre des choses », « travail varié », « entraide, coopération », « évolution stress », « évolution entraide, coopération », « évolution autonomie », « évolution reconnaissance ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, la plupart des variables deviennent non significatives sauf « pénibilité physique », « travail de nuit », « désapprouvez », « peur perdre l'emploi » et « concilier vie professionnelle-personnelle ».

Pour la consommation d'antidépresseurs, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les variables « pénibilité physique », « pression temporelle », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « travail varié », « désapprouvez », « peur perdre l'emploi » et « concilier vie professionnelle-personnelle » sont non significatives.

Pour la consommation d'anxiolytiques-hypnotiques-sédatifs, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf « contrat de travail », « travail horaires décalés », « travail horaire irréguliers ou alternés », « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables sont significatives sauf « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « apprendre des choses », « travail varié », « choisir façon procéder », « peur perdre l'emploi ».

Pour la consommation de médicaments à visée respiratoire, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient non significatives sauf « satisfaction hors travail », « pénibilité physique », « pression temporelle », « score de stress perçu », « travail varié », « choisir façon procéder » et « peur perdre l'emploi ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables deviennent non significatives sauf « pénibilité physique », « pression temporelle », « choisir façon procéder » et « peur perdre l'emploi ».

Pour la consommation de psychotropes, toutes les relations qu'on a testées en univarié étaient significatives sauf « contrat de travail », « travail horaires irréguliers ou alternés » et « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables sont significatives sauf « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « apprendre des choses » et « travail varié ».

Le **Tableau 5** représente l'analyse en régression logistique ascendante pas à pas dans toutes les classes médicamenteuses testées. On retrouve au moins un lien significatif avec une variable professionnelle dans chaque catégorie. Pour la consommation médicamenteuse globale, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « choisir façon procéder », « travail horaires décalés », « score de stress perçu », « pénibilité physique ».

Pour la consommation de médicaments à visée analgésique, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « pénibilité physique », « travail de nuit », « désapprouvez ».

Pour la consommation de médicaments à visée musculosquelettique, on retrouve un lien significatif avec la variable : « travail varié ».

Pour la consommation de médicaments à visée antidépresseur, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « reconnaissance », « choisir façon procéder ».

Pour la consommation de médicaments à visée anxiolytique / hypnotique / sédatif, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « score de stress perçu », « reconnaissance », « pénibilité physique ».

Pour la consommation de médicaments à visée psychotrope, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « score de stress perçu », « pénibilité physique », « reconnaissance ».

Pour la consommation de médicaments à visée cardiologique, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « score de stress perçu », « travail de nuit ».

Pour la consommation de médicaments à visée respiratoire, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « choisir façon procéder », « pénibilité physique ».

Pour la consommation de médicaments à visée thyroïdienne, on retrouve un lien significatif avec la variable : « dégradation ».

Pour la consommation de médicaments à visée digestive, on retrouve un lien significatif avec la variable : « moyens de travail ».

Tableau 5: Relations entre la consommation médicamenteuse globale / par classe médicamenteuse et le vécu du travail. Régression logistique ascendante pas à pas forçant la présence des facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Consommation médicamenteuse globale				Médicament à visée antidépresseur				Médicament à visée cardiologique			
Variable significative	OR	IC 95%	p	Variable significative	OR	IC 95%	p	Variable significative	OR	IC 95%	p
Choisir façon procéder	0.85	0.77-0.93	<10 ⁻³	Reconnaissance	0.67	0.52-0.87	<0.01	Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.07	1.01-1.13	<0.05
Travail horaires décalées	1.27	1.08-1.51	<0.01	Choisir façon procéder	0.73	0.58-0.93	<0.05	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.50	0.26-0.93	<0.05
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.04	1.01-1.07	<0.05	Médicament à visée anxiolytique / hypnotique - sédatif				Médicament à visée respiratoire			
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.04	1.01-1.07	<0.05	Variable significative	OR	IC 95%	p	Variable significative	OR	IC 95%	p
Médicament à visée analgésique				Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.14	1.07-1.22	<10 ⁻³	Choisir façon procéder	0.80	0.67-0.96	<0.05
Variable significative	OR	IC 95%	p	Reconnaissance	0.74	0.58-0.92	<0.01	Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.07	1.01-1.14	<0.05
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.05	1.01-1.09	<0.05	Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.08	1.01-1.15	<0.05	Médicament à visée thyroïdienne			
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.53	1.10-2.14	<0.05	Médicament à visée psychotrope				Variable significative	OR	IC 95%	p
Désapprouvez	1.13	1.01-1.27	<0.05	Variable significative	OR	IC 95%	p	Dégradation (Pour une unité de score)	1.17	1.03-1.32	<0.05
Médicament à visée musculosquelettique				Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.10	1.04-1.15	<10 ⁻³	Médicament à visée digestive			
Variable significative	OR	IC 95%	p	Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.11	1.05-1.18	<10 ⁻³	Variable significative	OR	IC 95%	p
Travail varié	0.83	0.71-0.96	<0.05	Reconnaissance	0.75	0.62-0.90	<0.01	Moyens de travail	0.77	0.60-0.99	<0.05

*Facteurs sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

D. Description de la consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail

Tableaux de résultats disponibles de **l'Annexe 21 à l'Annexe 30.**

Pour la consommation de médicaments à visée analgésique, toutes les relations qu'on a testées en univarié sont significatives sauf « âge » et « contrat de travail ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les variables « travail horaires irréguliers ou alternés », « apprendre des choses », « travail varié » et « reconnaissance » deviennent non significatives.

Pour la consommation de médicaments à visée musculosquelettique, toutes les relations qu'on a testées en univarié sont significatives sauf « âge », « contrat de travail », « enquêteur », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit » et « évolution autonomie ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les variables « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « apprendre des choses », « choisir façon procéder », « moyens de travail », « reconnaissance », « peur perdre l'emploi » deviennent non significatives.

Pour la consommation de médicaments à visée antidépresseur, toutes les relations qu'on a testées en univarié sont significatives sauf « catégorie socio-professionnelle », « contrat de travail », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés » et « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les variables « pénibilité physique », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « apprendre des choses », « travail varié », « peur perdre l'emploi », et « concilier vie professionnelle-personnelle » sont non significatives.

Pour la consommation de médicaments à visée anxiolytique/hypnotique/sédatif, toutes les relations qu'on a testées en univarié sont significatives sauf « contrat de travail », « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés » et « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables sont significatives

sauf « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « travail de nuit », « apprendre des choses », « travail varié » et « choisir façon procéder ».

Pour la consommation de psychotropes, toutes les relations qu'on a testées en univarié sont significatives sauf « catégorie socio-professionnelle », « travail horaires irréguliers ou alternés » et « travail de nuit ». Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'ensemble des variables sont significatives sauf « travail horaires décalés », « travail horaires irréguliers ou alternés », « apprendre des choses » et « travail varié ».

Le **Tableau 6** représente l'analyse en régression logistique ascendante pas à pas dans toutes les classes médicamenteuses testées. On retrouve au moins un lien significatif avec une variable professionnelle dans chaque catégorie sauf pour la consommation d'hormones thyroïdiennes.

Pour la consommation de psychotropes, on retrouve un lien significatif avec les variables suivantes : « satisfaction au travail », « pénibilité physique », « reconnaissance », « score de stress perçu », « désapprouvez », « apprendre des choses » et « concilier vie professionnelle-personnelle ».

Pour la consommation de médicaments à visée anxiolytique / hypnotique-sédatif, on retrouve un lien significatif avec les variables « satisfaction au travail », « pénibilité physique », « travail varié », « score de stress perçu » et « reconnaissance ».

Pour la consommation de médicaments à visée antidépresseur, on retrouve un lien significatif avec les variables « satisfaction au travail », « reconnaissance », « score de stress perçu » et « apprendre des choses ».

Pour la consommation de médicaments à visée analgésique, on retrouve un lien significatif avec les variables « pénibilité physique », « amélioration », « peur perdre l'emploi », « désapprouvez » et « travail de nuit ».

Pour la consommation de médicaments à visée musculosquelettique, on retrouve un lien significatif avec les variables « dégradation », « pénibilité physique » et « pression temporelle ».

Pour la consommation de médicaments à visée respiratoire, on retrouve un lien significatif avec les variables « satisfaction au travail », « pénibilité physique » et « apprendre des choses ».

Pour la consommation de médicaments à visée cardiologique, on retrouve un lien significatif avec la variable « dégradation ».

Pour la consommation de médicaments à visée digestive, on retrouve un lien significatif avec la variable « concilier vie professionnelle-personnelle » et « choisir façon procéder ».

Tableau 6: Relations entre la consommation médicamenteuse par classe médicamenteuse attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique ascendante pas à pas forçant la présence des facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Médicament à visée psychotrope				Médicament à visée analgésique				Médicament à visée respiratoire			
Variable significative	OR	IC 95%	p	Variable significative	OR	IC 95%	p	Variable significative	OR	IC 95%	p
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.87	0.79-0.96	<0.01	Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.15	1.08-1.23	<0.01	Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.76	0.63-0.93	<0.01
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.13	1.05-1.22	<0.01	Amélioration (Pour une unité de score)	0.83	0.73-0.94	<0.01	Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.33	1.13-1.57	<10 ⁻³
Reconnaissance	0.71	0.55-0.90	<0.01	Peur perdre l'emploi	1.21	1.03-1.43	<0.05	Apprendre des choses	1.74	1.03-2.94	<0.05
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.17	1.09-1.25	<10 ⁻³	Désapprouvez	1.30	1.08-1.56	<0.05	Médicament à visée cardiologique			
Désapprouvez	1.30	1.04-1.62	<0.05	Travail de nuit (Référence autre horaire)	2.26	1.44-3.55	<10 ⁻³	Variable significative	OR	IC 95%	p
Apprendre des choses	1.35	1.07-1.71	<0.05	Médicament à visée musculosquelettique				Dégradation (Pour une unité de score)	1.44	1.16-1.80	<0.01
Concilier vie professionnelle - personnelle	0.81	0.65-0.99	<0.05	Variable significative	OR	IC 95%	p	Médicament à visée digestive			
Médicament à visée anxiolytique / hypnotique - sédatif				Dégradation (Pour une unité de score)	1.23	1.06-1.42	<.0.01	Variable significative	OR	IC 95%	p
Variable significative	OR	IC 95%	p	Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.33	1.13-1.57	<10 ⁻³	Concilier vie professionnelle – personnelle	0.66	0.46-0.95	<0.05
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.85	0.76-0.95	<0.01	Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.11	1.01-1.23	<0.05	Choisir façon procéder	0.58	0.40-0.84	<0.01
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.11	1.02-1.21	<0.05								
Travail varié	1.34	1.03-1.74	<0.05								
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.19	1.10-1.30	<10 ⁻³								
Reconnaissance	0.65	0.49-0.87	<0.01								
Médicament à visée antidépresseur											
Variable significative	OR	IC 95%	p								
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.81	0.70-0.93	<0.01								
Reconnaissance	0.62	0.42-0.90	<0.05								
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.46	1.02-2.09	<0.05								
Apprendre des choses (Pour une unité de score)	1.15	1.03-1.27	<0.01								

*Facteurs sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction à la maison.

VII. DISCUSSION

A. Nos principaux résultats

L'hypothèse de notre thèse était de démontrer qu'un vécu du travail négatif ou des conditions de travail défavorables sont liés à une plus grande consommation médicamenteuse et notamment de certaines classes pharmacologiques.

Pour cela nous avons utilisé un échantillon de 3 132 sujets, se présentant à tout type visite médicale d'un service inter-entreprises, représentatif des professions du régime de la sécurité sociale.

1. Consommation médicamenteuse

Nous remarquons que la variable « enquêteur » est protectrice pour toutes les classes de psychotropes ainsi que pour les médicaments analgésiques. Une interprétation probable est que l'écart est au moins en partie lié au fait que seuls les médecins font les visites de reprise, de pré-reprise et les visites à la demande ; visite où le « risque » de consommer des médicaments est beaucoup plus élevé que lors d'une VIPI ou lors d'une visite de suivi périodique.

D'après les résultats du **tableau 5**, certaines variables professionnelles se retrouvent associées de façon significatives à plusieurs classes médicamenteuses. Principalement, nous retrouvons la « pénibilité physique », le « stress perçu », la « reconnaissance » ou encore le fait de pouvoir « choisir la façon de procéder ».

Pour les hormones thyroïdiennes, elles ont été prises plus comme un témoin négatif et l'on s'attendait à ce qu'il n'y ait pas de lien significatif avec des variables professionnelles. Cependant, nous retrouvons une association significative avec la variable « dégradation » et nous pouvons donc supposer que les sujets qui perçoivent une dégradation au fil du temps de leur travail vont moins bien et vont plus consulter chez leur médecin traitant qui trouvera plus

facilement des troubles thyroïdiens par des bilans systématiques qu'une personne ayant une meilleure perception de son travail, se sentant en meilleure santé et consultant moins chez son médecin traitant.

Pour les médicaments à visée cardiologique, nous retrouvons un effet protecteur du travail de nuit. Au vu des connaissances actuelles sur les effets du travail de nuit sur la santé et notamment sur le plan cardiovasculaire avec entre autres une augmentation de la consommation du tabac, une prise pondérale, une réduction de l'activité physique, nous supposons qu'il s'agit ici d'un effet « travailleur sain ». En règle générale, le médecin du travail a tendance à retirer de ce milieu les salariés ayant des problématiques de santé et d'y laisser une population sans problème de santé notable.

Le stress perçu est retrouvé comme facteur aggravant ce qui n'est pas surprenant puisque nous savons que le stress aigu ou chronique a des effets négatifs sur le plan cardiologique. En réponse à une situation génératrice de stress, il y a une activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien déclenchant la sécrétion de corticostéroïdes et d'adrénaline. Le cortisol augmente entre autre la pression artérielle, participant donc à son dérèglement à terme défini par l'allostasie et donc à la consommation de médicaments antihypertenseurs.

Pour les médicaments à visée musculosquelettique, il y a un effet protecteur du fait d'avoir un travail varié. Nous pouvons penser que la variation des tâches dans le travail comprend des notions psychologiques mais aussi physique ce qui entraîne une certaine suppression de la répétitivité des tâches manuelles, des postures contraignantes prolongées et donc une diminution de toutes les pathologies type tendineuse pouvant entraîner la consommation de médicaments type anti-inflammatoire.

Pour les médicaments à visée respiratoire, nous notons un effet protecteur du fait de pouvoir choisir soit même la façon de procéder et un effet aggravant de la pénibilité physique. Certains métiers ayant des expositions particulières comme par exemple ceux pouvant exposer au contact de poussières, de substances chimiques volatiles dans un environnement de travail peu équipé en protection collective et individuelle peut entraîner à terme une altération de la fonction respiratoire (ex : asthme professionnel du boulanger). Le fait de pouvoir choisir soi-même la façon de procéder et de réaliser certains process peut permettre de réaliser certains

actes dans des conditions plus optimales, dans un environnement plus protégé et entraînant donc moins de répercussions respiratoires pour la santé des salariés. D'autant plus que la plupart des pathologies respiratoires peuvent entraîner une dyspnée d'effort pouvant contribuer à expliquer ce résultat.

Pour les médicaments à visée digestive, il y a un effet protecteur du fait d'avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité. Pouvoir réaliser son travail dans de bonnes conditions entraîne directement une diminution du stress au travail et de l'anxiogénéité pouvant en découler. Des symptômes et syndromes liés au stress sont aujourd'hui étiquetés en troubles fonctionnels intestinaux comme par exemple le syndrome de l'intestin irritable. Le stress ayant des répercussions sur le plan digestif, une diminution de ce dernier par le fait de pouvoir réaliser un travail de bonne qualité et donc plus satisfaisant conduit à une moindre consommation de façon significative de médicaments antispasmodiques et régulateurs du transit.

Pour les médicaments analgésiques, nous retrouvons comme facteur de risque le travail de nuit, la pénibilité physique et devoir faire des choses que l'on désapprouve. La privation de sommeil entraîne par un stress suffisant, une dysfonction endothéliale responsable d'une altération de la vasomotricité semblant être la conséquence d'une réponse immuno-inflammatoire ayant un retentissement sur la douleur. La pénibilité physique entre autres par des gestes répétitifs, des postures contraignantes, une mauvaise ergonomie du poste de travail va entraîner ponctuellement ou à terme de façon plus chronique, la consommation de médicaments antalgiques. Nous pouvons supposer que le fait de devoir faire des choses que l'on désapprouve, nous les réalisons contre nature et le salarié ne se met pas dans de bonnes conditions psychologiques mais aussi physiques.

Pour les psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques-sédatifs), on retrouve une constante dans toutes les classes médicamenteuses comme facteur protecteur qui est le fait d'être reconnu par son entourage professionnel. Il semblerait qu'il s'agisse de la dimension la plus importante sur le plan psychologique et que d'être reconnu dans son entourage professionnel instaure un état de bien-être significatif.

La pénibilité physique en plus d'avoir directement une souffrance physique entraîne également une souffrance psychologique comme le stress perçu par les salariés par une composante anxieuse pouvant avoir des répercussions sur le sommeil débouchant sur la consommation d'anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs.

Pouvoir choisir la façon de procéder se retrouve être facteur protecteur envers la consommation de médicaments à visée antidépresseur. Pouvoir travailler en autonomie et ne pas travailler sous des directives s'avère être un facteur primordial avec la reconnaissance professionnelle.

Pour la consommation médicamenteuse globale dans son ensemble, nous retrouvons comme facteurs aggravant déjà retrouvés dans de multiples classes thérapeutiques, la pénibilité physique – le stress perçu mais aussi le travail en horaires décalés et comme facteur protecteur : pouvoir choisir la façon de procéder.

Ces résultats montrent que la consommation de médicaments est liée à un ensemble diversifié de conditions de travail allant au-delà des risques psychosociaux. Cela reste une appréciation subjective mais il ne faut pas se désintéresser de la pénibilité physique des postes de travail et négliger les conditions de travail pour le vécu du travail.

Cela conforte notre hypothèse que le suivi de la consommation médicamenteuse pourrait constituer un indicateur synthétique intéressant à collecter et à exploiter pour le suivi de la relation santé / travail.

2. Consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail

Fatalement, en étudiant une relation entre le vécu du travail et une consommation attribuée au travail, nous créons un biais. En questionnant les sujets de l'étude sur la consommation médicamenteuse due à leur travail, ces derniers vont avoir tendance à donner un avis plus négatif sur leurs conditions et vécu du travail. Il n'est donc pas surprenant de retrouver plus d'associations dans cette partie que dans la partie précédente et donc beaucoup de lien entre la consommation médicamenteuse et le vécu du travail.

Ces nombreux liens sont notamment retrouvés pour les médicaments psychotropes ainsi que pour les médicaments de la sphère antalgique – musculosquelettique qui sont les deux principaux motifs d'inaptitude médicale.

D'après les résultats du **tableau 6**, les variables professionnelles se retrouvant le plus souvent associées de façon significatives à plusieurs classes médicamenteuses sont : la « satisfaction au travail », la « pénibilité physique », « apprendre des choses », le « stress perçu » et la « reconnaissance ».

Il est intéressant de noter que la satisfaction au travail est une des variables professionnelles les plus représentées pour la consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail alors qu'elle ne l'était pas dans nos précédentes analyses.

En conséquence, il serait possible d'envisager que l'insatisfaction au travail soit une variable intermédiaire entre les conditions de travail, leur vécu et la consommation médicamenteuse ; l'insatisfaction étant peut-être le déclencheur de la consultation médicale. Bien sûr le design transversal de cette étude ne permet pas de répondre à cette question et d'ailleurs l'hypothèse inverse pourrait être formulée. Un salarié ayant un traitement chronique pourrait trouver plus facilement insatisfaisantes des conditions de travail difficiles qu'un salarié en bonne santé.

Pour les psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques-sédatifs), nous retrouvons comme constante protectrice la satisfaction au travail et la reconnaissance par son entourage professionnel. Il était déjà reconnu l'aspect positif du soutien social de la hiérarchie mais le fait d'être reconnu professionnellement doit donner un sentiment d'exister et d'utilité au salarié et cela pourrait lui donner en contrepartie l'envie de vouloir entreprendre des choses et de s'investir dans l'entreprise conduisant à un effet de renforcement positif.

La consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail ne s'assimile pas qu'aux facteurs psychosociaux. Les conditions de travail jouent également un rôle prépondérant.

B. Comparaison par rapport aux résultats de la littérature

D'après la revue de la littérature en la matière, plusieurs divergences existaient entre certains résultats d'études principalement pour le lien entre les heures de travail effectuées, le risque physique et la consommation de psychotropes.

Focus concernant les horaires de travail

Une étude finlandaise (20) retrouvait une association significative avec la consommation d'hypnotique contrairement à une étude danoise (41) qui retrouvait un effet protecteur vis-à-vis de la consommation de psychotropes. Une troisième étude française (30) tout comme la méta-analyse (47) ne retrouvait pas d'association significative.

D'après les résultats de notre étude et de notre modèle de régression logistique ascendante, nous retrouvons une association concernant le travail en horaires décalés pour la consommation médicamenteuse globale mais ne retrouvons pas d'association significative concernant les différents types d'horaires étudiés lorsque nous analysons succinctement les différentes classes médicamenteuses y compris les psychotropes.

Focus concernant la pénibilité physique

Une étude provenant des Etats-Unis (45), ne retrouvait pas d'association concernant le risque physique et la consommation d'antihypertenseurs tout comme une étude française (40) relevant aucune association entre les conditions de travail évaluées par des contraintes physiques et la prise d'hypnotiques. De même une étude finlandaise (20) démontrait que les dimensions physiques du travail n'a pas d'impact sur la prise de psychotropes.

A contrario, une seconde étude finlandaise (27) retrouvait qu'une forte charge physique répétée était associée à la prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.

D'après les résultats de notre étude, nous retrouvons un lien significatif entre la pénibilité physique et les psychotropes. Nous découvrons aussi des liens plutôt logiques avec d'autres

classes médicamenteuses comme les analgésiques, les médicaments à visée musculosquelettique mais aussi les médicaments à visée respiratoire.

Certains résultats semblent plus acquis d'après la revue de littérature faite comme la relation entre le « job strain » et la consommation de psychotropes.

Focus concernant le stress

Le modèle de Karasek est utilisé dans plusieurs études et c'est un outil de mesure du stress professionnel.

Dans une étude belge (3), une forte pression est associée à l'utilisation de benzodiazépines ainsi que pour une étude italienne (11) pour laquelle une forte demande psychologique est associée de manière significative à la prise d'antidépresseurs. Les résultats suggérant que la demande psychologique est la dimension professionnelle la plus importante comparativement au faible contrôle du travail également appuyer par les résultats de la méta-analyse. (47)

Dans une première étude française (14), l'initiation de médicaments psychoactifs s'est surtout retrouvée chez ceux qui présentaient des scores PSS4 élevés et pour la seconde étude française (46), le stress perçu était associé aux différents mode de consommation médicamenteuse au travail (pour se détendre, être en forme et traiter un symptôme gênant).

D'après les résultats de notre étude, le stress perçu est également associé de façon significative à la consommation de psychotropes dans nos deux modèles d'analyses finaux.

Focus concernant la satisfaction au travail

Une étude finlandaise (20) retrouvait que l'insatisfaction professionnelle était associée à la consommation d'antidépresseurs, d'hypnotiques et toutes autre médicaments psychotropes. De même que pour une étude autrichienne (12) pour laquelle la consommation de

médicaments dépend en partie de la satisfaction professionnelle ainsi qu'une étude française (44) où la consommation de psychotropes était associée à une faible satisfaction au travail et hors travail.

Cependant, d'après les résultats de la méta-analyse (47) le risque relatif n'était pas statistiquement pour la consommation de psychotropes par rapport à la satisfaction du travail.

D'après les résultats de notre étude, pour la consommation médicamenteuse estimée en lien avec le travail, la satisfaction au travail est protectrice pour les médicaments antidépresseurs, les médicaments à visée anxiolytiques / hypnotiques-sédatifs et donc pour les psychotropes dans leur ensemble. Nous retrouvons également de nouvelles associations qui sont protectrices pour les médicaments à visée analgésique et les médicaments à visée respiratoire.

C. Points forts

Puissance de l'étude

Cette étude a inclus 3 132 salariés ce qui permet d'apporter une certaine puissance à l'étude et d'avoir des résultats statistiquement significatifs.

Caractéristiques de la population de l'étude

Notre échantillon de l'étude est d'une grande diversité.

Tout d'abord sur le plan professionnel qui est représenté par un grand nombre de professions du régime de la sécurité sociale.

Puis, nous avons également inclus tous les âges en période d'activité et les deux genres.

Enfin, il s'agit de 3 132 salariés se présentant à tous types de visites médicales.

Cette diversité permettrait de généraliser nos résultats à tous les salariés du régime général de la sécurité sociale si nos hypothèses pouvaient être confirmées.

Expérience de l'équipe

Les résultats de cette thèse s'inscrivent dans un continuum d'études réalisées tous les 10 ans depuis 1986 au sein du service inter-entreprises de l'ASTIA.

Grâce à l'expérience des professionnels de santé en lien avec les études précédentes cela nous permet d'avoir une certaine comparabilité par rapport aux études antérieures et d'avoir des résultats pertinents car le recueil de la consommation médicamenteuse se faisait systématiquement avec l'aide d'un professionnel de santé, ce qui permet de garantir un recueil de meilleure qualité qu'une simple auto-déclaration.

D. Points faibles

Premièrement, le design de l'étude qui est transversal et qui ne permet donc pas de conclure sur la nature causale des liens observés.

Deuxièmement, il s'agit d'un auto-questionnaire. Ceux-ci étant remplis directement par le salarié avant la consultation, il s'agit de données déclaratives. Il existe donc un biais de déclaration d'autant plus que pour les salariés qui sont soumis à l'aptitude peuvent sous-déclarer leur consommation médicamenteuse et moduler les réponses aux questions concernant leur vécu du travail de peur de leurs conséquences sur la décision du médecin du travail. Ce biais de déclaration médicamenteuse est d'autant plus présent que nous ne demandons pas de justificatif comme des ordonnances et que le sujet peut être tabou pour certains salariés.

Troisièmement, dans la plupart des cas, il n'a été utilisé qu'une seule question pour explorer une variable professionnelle et il s'agit d'un questionnaire non validé sur le plan scientifique même si les items du questionnaire sont largement utilisés dans de multiples études en France. Il n'a donc pas été possible dans notre étude de tester la cohérence des réponses à plusieurs questions interrogeant sur le même aspect des conditions de travail.

VIII. CONCLUSION

Ce travail de thèse s'est intéressé aux données de la littérature en matière de consommation médicamenteuse chez des salariés et le vécu du travail. Il a été réalisé une étude transversale dont l'objectif était de démontrer qu'un vécu du travail négatif ou des conditions de travail défavorables sont liés à une plus grande consommation médicamenteuse et notamment de certaines classes pharmacologiques.

La consommation médicamenteuse a été recueillie auprès de 3 132 salariés de la région toulousaine en novembre 2016. Le recueil des données a été fait par auto-questionnaire, les salariés le remplissaient en salle d'attente avant sa visite médicale au sein du service inter-entreprises ASTIA. La classification médicamenteuse a été réalisée sous le modèle de classification ATC.

Environ la moitié des salariés (1 573) avaient consommé au moins un médicament dans les 8 jours précédant le recueil.

De nombreux liens sont retrouvés entre la consommation médicamenteuse et le vécu du travail notamment pour les médicaments psychotropes ainsi que pour les médicaments de la sphère antalgique – musculosquelettique qui sont les deux principaux motifs d'inaptitude médicale.

Les variables professionnelles se retrouvant le plus souvent associées de façon significatives à plusieurs classes médicamenteuses sont : la « satisfaction au travail », la « pénibilité physique », « apprendre des choses », le « stress perçu » et la « reconnaissance ».

Notre étude renforce l'hypothèse que la consommation médicamenteuse pourrait être un indicateur général de comportement en lien avec le ressenti du travail. Sur le plan collectif, elle pourrait être un marqueur utilisé dans le dépistage précoce d'une dégradation de la relation santé-travail. Sur le plan individuel son suivi systématique contribuerait probablement au repérage d'une désadaptation débutante au poste de travail.

Bien que notre étude mette en évidence l'existence de liens entre les consommations médicamenteuses, et notamment de psychotropes, et le vécu des conditions physiques ou psychosociales du travail, son design transversal ne permet pas de conclure sur la nature de ces liens. En particulier des effets de causalité inverse ne peuvent être exclus. Un état de santé dégradé justifiant une prescription médicamenteuse pourrait expliquer un vécu plutôt négatif du travail. Mais dans un but d'amélioration de la santé, du bien-être des salariés et de l'importance pour la santé publique des consommations médicamenteuses, cela justifie la poursuite de travaux sur ce thème ainsi que dans d'autres secteurs d'activité comme le secteur agricole et le secteur public.

Il serait en particulier important de conduire des études longitudinales qui permettraient de contrôler l'effet travailleur sain et surtout de conclure sur le sens de la relation entre les consommations médicamenteuses et les conditions de travail et leur vécu.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

24/09/2020 

Professeur Jean-Marc SOULAT
Coordonnateur Interrégional
DES de Médecine du Travail
SMPE - Pavillon Turiat
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex



IX. BIBLIOGRAPHIE

1. CRESPIR R, LHUILIER D, LUTZ G. Représentations, pratiques et effets des usages et du dépistage par test des consommations de substances psychoactives dans les milieux professionnels [Internet]. 2014 nov p. 214. Disponible sur: <http://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/eaav1pbda98ipcn5l388q1eju>
2. Richard N, Benard A, Billioti de Cage S, Canarelli T. Etat des lieux de la consommation des benzodiazepines en France. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). 2017 avr p. 60.
3. Pelfrene E, Vlerick P, Moreau M, Mak RP, Kornitzer M, Backer GD. 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.* juill 2004;59(2):433-42.
4. Thielen K, Nygaard E, Rugulies R, Diderichsen F. Job stress and the use of antidepressant medicine: a 3.5-year follow-up study among Danish employees. *Occup Environ Med.* 1 mars 2011;68(3):205-10.
5. Moisan J, Bourbonnais R, Brisson C, Gaudet M, Vezina M, Vinet A, et al. Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Work Stress.* oct 1999;13(4):289-98.
6. Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Un dispositif d'étude mis en place par l'Assurance Maladie. [Internet]. p. 6. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Le_rapport_des_Francais_et_des_Europeens.pdf
7. Sinokki M, Hinkka K, Ahola K, Koskinen S, Kivimäki M, Honkonen T, et al. The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *J Affect Disord.* mai 2009;115(1-2):36-45.
8. Appelberg K, Romanov K, Honkasalo M-L, Koskenvuo M. The use of tranquilizers, hypnotics and analgesics among 18,592 Finnish adults: Associations with recent interpersonal conflicts at work or with a spouse. *J Clin Epidemiol.* nov 1993;46(11):1315-22.
9. Nielsen MBD, Madsen IEH, Aust B, Burr H, Rugulies R. Effort-reward imbalance at work and the risk of antidepressant treatment in the Danish workforce. *J Affect Disord.* mai 2016;196:248-51.
10. Bonde JPE, Munch-Hansen T, Wieclaw J, Westergaard-Nielsen N, Agerbo E. Psychosocial work environment and antidepressant medication: a prospective cohort study. *BMC Public Health.* déc 2009;9(1):262.
11. d'Errico A, Cardano M, Landriscina T, Marinacci C, Pasian S, Petrelli A, et al. Workplace stress and prescription of antidepressant medications: a prospective study on a sample of Italian workers. *Int Arch Occup Environ Health.* avr 2011;84(4):413-24.
12. Traweger C, Kinzl JF, Traweger-Ravanelli B, Fiala M. Psychosocial factors at the workplace—do they affect substance use? Evidence from the Tyrolean workplace study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* juin 2004;13(6):399-403.

13. Colell E, Sanchez-Niubo A, Ferrer M, Domingo-Salvany A. Gender differences in the use of alcohol and prescription drugs in relation to job insecurity. Testing a model of mediating factors. *Int J Drug Policy*. nov 2016;37:21-30.
14. Boeuf-Cazou O, Niezborala M, Marquie JC, Lapeyre-Mestre M. Factors associated with psychoactive drug initiation in a sample of workers in France: results of the VISAT cohort study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. mars 2010;19(3):296-305.
15. Marchand A, Blanc M-E. [Chronic psychotropic drugs use in the Canadian labor force: what are the contributions of occupation and work organization conditions?]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. avr 2010;58(2):89-99.
16. Kaur H, Luckhaupt SE, Li J, Alterman T, Calvert GM. Workplace psychosocial factors associated with hypertension in the U.S. workforce: A cross-sectional study based on the 2010 National Health Interview Survey: Hypertension and Work Hours and Psychosocial Exposures. *Am J Ind Med*. sept 2014;57(9):1011-21.
17. Tsutsumi A. Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: the Jichi Medical School cohort study. *Occup Environ Med*. 1 juin 2001;58(6):367-73.
18. 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 Réanimation*. mai 2005;24(5):471-9.
19. Hall AL, Kecklund G, Leineweber C, Tucker P. Effect of work schedule on prospective antidepressant prescriptions in Sweden: a 2-year sex-stratified analysis using national drug registry data. *BMJ Open*. janv 2019;9(1):e023247.
20. Laaksonen M, Lallukka T, Lahelma E, Partonen T. Working conditions and psychotropic medication: a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. avr 2012;47(4):663-70.
21. Empeur F, Baumann M, Alla F, Briancon S. Factors associated with the consumption of psychotropic drugs in a cohort of men and women aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther*. févr 2003;28(1):61-8.
22. Lallukka T, Haukka J, Partonen T, Rahkonen O, Lahelma E. Workplace bullying and subsequent psychotropic medication: a cohort study with register linkages. *BMJ Open*. 2012;2(6):e001660.
23. Muntaner C, Anthony JC, Crum RM, Eaton WW. Psychosocial Dimensions of Work and the Risk of Drug Dependence among Adults. *Am J Epidemiol*. 15 juill 1995;142(2):183-90.
24. Madsen IEH, Burr H, Diderichsen F, Pejtersen JH, Borritz M, Bjorner JB, et al. Work-related Violence and Incident Use of Psychotropics. *Am J Epidemiol*. 15 déc 2011;174(12):1354-62.
25. Blanc M-E, Marchand A. [The contribution of work and other social determinants to the onset of psychotropic drug use among workers in Canada]. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. avr 2010;101 Suppl 1:S63-68.
26. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. déc 2006;32(6):431-42.

27. Kouvonen A, Mänty M, Lallukka T, Pietiläinen O, Lahelma E, Rahkonen O. Changes in psychosocial and physical working conditions and psychotropic medication in ageing public sector employees: a record-linkage follow-up study. *BMJ Open*. juill 2017;7(7):e015573.
28. Li J, Zhang M, Loerbroks A, Angerer P, Siegrist J. Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 8 nov 2014 [cité 19 févr 2020]; Disponible sur: <http://ijomeh.eu/Work-stress-and-the-risk-of-recurrent-coronary-heart-disease-events-a-systematic-review-and-meta-analysis,1925,0,2.html>
29. Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc J-L. Profil de consommation de substances psychoactives dans le milieu du travail : résultats de l'enquête «Mode de Vie et Travail ». *Therapies*. mars 2011;66(2):155-65.
30. Hannerz H, Albertsen K. Long working hours and use of psychotropic medicine: a follow-up study with register linkage. *Scand J Work Environ Health*. mars 2016;42(2):153-61.
31. Magnusson Hanson LL, Madsen IEH, Westerlund H, Theorell T, Burr H, Rugulies R. Antidepressant use and associations with psychosocial work characteristics. A comparative study of Swedish and Danish gainfully employed. *J Affect Disord*. juill 2013;149(1-3):38-45.
32. van Wassenhove W. Modèle de Karasek. sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri. *Dictionnaire des risques psychosociaux, Le Seuil*, pp.170-174, 2014, 978-2-02-110922-1. hal-00875731.
33. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic books. New York; 1990.
34. Kristensen TAGE S. The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress Med*. janv 1995;11(1):17-26.
35. Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist) - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%203>
36. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. déc 2005;31(6):438-49.
37. Niedhammer I, David, Simone, Degionni, Stéphanie, Drummond, Anne, Philip, Pierre. Workplace Bullying and Psychotropic Drug Use: The Mediating Role of Physical and Mental Health Status. *Ann Occup Hyg* [Internet]. 20 déc 2010 [cité 26 mars 2020]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/annweh/article/55/2/152/477381/Workplace-Bullying-and-Psychotropic-Drug-Use-The>
38. Virtanen M, Kivimäki M, Ferrie JE, Elovainio M, Honkonen T, Pentti J, et al. Temporary employment and antidepressant medication: A register linkage study. *J Psychiatr Res*. févr 2008;42(3):221-9.
39. Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Aromaa A, et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J Affect Disord*. mars 2007;98(3):189-97.

40. Jacquinet-Salord MC, Lang T, Fouriaud C, Nicoulet I, Bingham A. Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions. Group of Occupational Physicians of APSAT. *J Epidemiol Community Health*. 1 févr 1993;47(1):64-8.
41. Lassalle M, Chastang J-F, Niedhammer I. Working conditions and psychotropic drug use: Cross-sectional and prospective results from the French national SIP study. *J Psychiatr Res*. avr 2015;63:50-7.
42. Boeuf-Cazou O, Lapeyre-Mestre M, Niezborala M, Montastruc JL. Evolution of drug consumption in a sample of French workers since 1986: the 'Drugs and Work' study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. avr 2009;18(4):335-43.
43. WHOCC - Structure and principles [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/
44. Ngoundo-Mbongue TB, Niezborala M, Sulem P, Briand-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P. Psychoactive drug consumption : performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2005;
45. Rehkopf DH, Modrek S, Cantley LF, Cullen MR. Social, Psychological, And Physical Aspects Of The Work Environment Could Contribute To Hypertension Prevalence. *Health Aff (Millwood)*. févr 2017;36(2):258-65.
46. Lapeyre-Mestre M, Sulem P, Niezborala M, Ngoundo-Mbongue TB, Briand-Vincens D, Jansou P, et al. Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine. *Therapies*. nov 2004;59(6):615-23.
47. Milner A, Scovelle AJ, King TL, Madsen I. Exposure to work stress and use of psychotropic medications: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. juin 2019;73(6):569-76.
48. Lallukka T, Arber S, Laaksonen M, Lahelma E, Partonen T, Rahkonen O. Work–family conflicts and subsequent sleep medication among women and men: A longitudinal registry linkage study. *Soc Sci Med*. févr 2013;79:66-75.
49. Magnusson Hanson LLMH, Leineweber CL, Chungkham HS, Westerlund H. Work–home interference and its prospective relation to major depression and treatment with antidepressants. *Scand J Work Environ Health*. janv 2014;40(1):66-73.
50. Nomenclature d'activités française | Insee [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2406147>
51. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>
52. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. déc 1983;24(4):385-96.
53. Othenin-Girard J. Evaluation de la consommation médicamenteuse d'une population de travailleurs de la région Toulousaine en 2016. [Toulouse]: Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.

X. ANNEXES

Annexe 1. Relations entre la consommation médicamenteuse globale et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	2.24	1.94-2.59	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.17	1.00-1.36	<0.05	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.14 1.66 1.76	0.97-1.33 1.32-2.08 1.22-2.53	<10 ⁻³ - -	
Âge (Référence 15-24)	25-34	1.10	0.88-1.38	-	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.18	1.01-1.38					<0.05
35-44	1.21	0.96-1.53	-									
45-54	1.62	1.27-2.07	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.91	0.70-1.19	>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.14 1.75 1.12	0.83-1.57 1.38-2.21 0.95-1.32	<10 ⁻³ - -	
55 et plus	2.20	1.63-2.97	-									
Non répondant	1.21	0.76-1.92	-	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.27 1.48 1.27	1.55-3.32 1.18-1.86 1.09-1.49	<10 ⁻³ - -					
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	1.17 1.41 1.60	0.93-1.48 1.12-1.78 1.28-1.98	<10 ⁻³ - -	Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.49 1.48 1.13	1.06-2.09 1.17-1.79 0.96-1.33	<0.01 - -	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.46 0.82 0.98	1.21-1.78 0.69-0.97 0.74-1.29	<10 ⁻³ - -	
Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	1.05 1.90 11.17 3.61 1.29	0.90-1.23 1.46-2.48 4.78-26.11 2.57-5.08 0.75-2.22	<10 ⁻³ - - - -	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.32 1.87 1.39	1.75-3.08 1.50-2.32 1.16-1.67	<10 ⁻³ - -					
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	0.86 0.82 0.41	0.68-1.08 0.58-1.14 0.11-1.60	>0.10 - -	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.46 0.92 1.03	1.24-1.73 0.76-1.11 0.76-1.39	<10 ⁻³ - -					
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.87	0.84-0.90	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.49 1.80 1.20	1.62-3.83 1.41-2.29 1.03-1.41	<10 ⁻³ - -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.85 1.48 0.94	0.71-1.01 1.19-1.83 0.71-1.24	<10 ⁻³ - -	
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.90	0.86-0.94	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	5.02 1.97 1.33	2.79-9.02 1.55-2.50 1.12-1.57	<10 ⁻³ - -					
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.08	1.05-1.11	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.09 1.69 1.11	2.06-4.63 1.34-2.14 0.94-1.32	<10 ⁻³ - -					
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.10	1.06-1.13	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.22 1.49 2.33	1.03-1.44 1.20-1.85 1.60-3.40	<10 ⁻³ - -	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.89 1.55 1.03	0.74-1.06 1.29-1.85 0.77-1.37	<10 ⁻³ - -	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.12	1.09-1.14	<10 ⁻³	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2	1.21 1.48	1.01-1.46 1.19-1.84					- -
Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	0.74	0.63-0.87	<10 ⁻³		3 4 5	1.82 2.37 4.04	1.40-2.35 1.63-3.45 2.10-7.75					- - -

Annexe 2. Relations entre la consommation médicamenteuse globale et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.93	0.89-0.97	<0.01	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.43	0.90-2.28	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.07	1.03-1.10	<10 ⁻³		1.12	0.85-1.46	-	
					1.06	0.90-1.26	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.06	1.03-1.10	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.88	1.54-5.36	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.06	1.03-1.09	<10 ⁻³		1.36	1.05-1.78	-	
					1.18	0.99-1.41	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.35	1.14-1.59	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.86	1.20-2.88	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.18	1.00-1.40	<0.05		1.36	1.05-1.75	-	
					1.01	0.84-1.21	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.17	0.87-1.56	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.14	0.96-1.36	-	
					1.21	0.96-1.53	-	
					1.70	1.14-2.54	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.68	1.11-2.52	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.09	0.92-1.29	-	
	1.17	0.90-1.49	-		1.44	1.13-1.83	-	
	1.14	0.97-1.35	-		1.21	0.82-1.80	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.24	0.86-1.79	-	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.88	0.62-1.25	-	
	1.26	1.00-1.58	-		1.53	1.19-1.97	-	
	1.09	0.92-1.29	-		1.03	0.87-1.23	-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.84	1.36-2.50	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.13	0.93-1.37	-
	1.62	1.29-2.05	-		2	1.24	0.98-1.56	-
	1.29	1.06-1.56	-		3	1.37	1.03-1.80	-
					4	1.29	0.85-1.95	-
					5	1.93	0.97-3.96	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 3. Relations entre la consommation de médicaments à visée thyroïdiennes et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	9.16	5.51-15.21	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	0.79	0.55-1.13	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.99 1.06 2.26	0.69-1.42 0.64-1.76 1.24-4.12	- - -	
Âge (Référence 15-24)	25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	3.00 3.87 8.79 15.95 7.25	1.15-7.81 1.49-10.08 3.48-22.20 6.23-40.84 2.16-24.32	- - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	0.92	0.65-1.31					>0.10
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	3.17 4.41 4.50	1.39-7.23 1.98-9.81 2.06-9.84	- - -	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.47	0.20-1.07	<0.07					Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui
				Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)	1.39 1.65 1.15	0.65-2.99 1.03-2.63 0.80-1.65	- - -					
				Travail varié (Référence oui tout à fait)				>0.10				
Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	1.85 2.05 3.17 3.71 0.56	1.26-2.72 1.16-3.62 1.29-7.76 2.17-6.37 0.08-4.13	- - - - -	Non pas du tout	1.33	0.70-2.55	-	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.64 0.74 0.94	1.12-2.39 0.48-1.12 0.49-1.79	- - -	
				Plutôt non	0.92	0.58-1.47	-					
				Plutôt oui	0.78	0.54-1.12	-					
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	0.59 0.75 -	0.32-1.11 0.32-1.71 -	>0.10 >0.10 -	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)	0.90 1.37 1.14	0.45-1.77 0.85-2.22 0.75-1.74	- - -	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.56 0.96 0.88	1.09-2.25 0.61-1.52 0.41-1.88	- - -	
				Non pas du tout								2.91
				Plutôt non	2.40	1.50-3.83	-					
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.89	0.83-0.95	<0.01	Plutôt oui	1.01	0.68-1.50	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.54 1.91 0.74	0.33-0.87 1.30-2.80 0.37-1.48	- - -	
				Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)	2.91 2.40 1.01	1.47-5.73 1.50-3.83 0.68-1.50	- - -					
				Non pas du tout								2.15
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.93	0.85-1.02	>0.10	Plutôt non	2.23	1.37-3.64	-	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.57 1.85 0.75	0.39-0.84 1.20-2.85 0.37-1.52	- - -	
				Plutôt oui	1.20	0.80-1.80	-					
				Moyens de travail (Référence oui tout à fait)	2.15 2.23 1.20	0.87-5.33 1.37-3.64 0.80-1.80	- - -					
Non pas du tout	2.71	1.40-5.23	-									
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.05	0.99-1.12	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)	1.80 1.15	1.09-2.97 0.76-1.74	- -	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.10 2.11 1.17	0.71-1.69 1.46-3.05 0.59-2.32	- - -	
				Non pas du tout								2.71
				Plutôt non	1.80	1.09-2.97	-					
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.11	1.04-1.20	<0.01	Plutôt oui	1.15	0.76-1.74	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.43 1.75 2.13 3.96 4.09	0.93-2.21 1.09-2.81 1.28-3.57 2.23-7.02 1.77-9.46	- - - - -
				Désapprouvez (Référence non pas du tout)	1.16 1.50 2.13	0.78-1.73 0.94-2.41 1.08-4.18	- - -					
				Plutôt non								
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.08	1.02-1.14	<0.01	Plutôt oui	1.50	0.94-2.41	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	2 3 4 5	1.75 2.13 3.96 4.09	1.09-2.81 1.28-3.57 2.23-7.02 1.77-9.46	- - - -
				Plutôt non	1.50	0.94-2.41	-					
				Oui tout à fait	2.13	1.08-4.18	-					
Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	1.31	0.94-1.84	>0.10									

Annexe 4. Relations entre la consommation de médicaments à visée thyroïdiennes et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.95	0.87-1.04	>0.10	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			>0.10	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.03	0.96-1.10	>0.10		Non pas du tout	1.43	0.68-3.04	-
					Plutôt non	1.34	0.79-2.29	-
				Plutôt oui	0.82	0.54-1.24	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.06	0.98-1.14	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait)			>0.10	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.01	0.95-1.07	>0.10		Non pas du tout	1.09	0.40-2.98	-
					Plutôt non	1.28	0.73-2.23	-
				Plutôt oui	0.85	0.55-1.32	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.22	0.93-1.80	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)			>0.10	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.09	0.75-1.60	>0.10	Non pas du tout	1.48	0.70-3.13	-	
				Plutôt non	1.43	0.83-2.47	-	
				Plutôt oui	0.98	0.63-1.52	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.97	0.40-2.36	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout)			>0.10	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10	Plutôt non	1.02	0.67-1.56	-	
				Plutôt oui	1.26	0.75-2.10	-	
				Oui tout à fait	1.36	0.65-2.84	-	
				Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout)			>0.10	
				Plutôt non	1.02	0.70-1.50	-	
				Plutôt oui	0.94	0.55-1.62	-	
				Oui tout à fait	1.67	0.85-3.28	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait)			>0.10	
Non pas du tout	1.27	0.62-2.60	-	Non pas du tout	1.77	0.93-3.40	-	
Plutôt non	0.83	0.50-1.37	-	Plutôt non	1.38	0.80-2.36	-	
Plutôt oui	0.70	0.47-1.03	-	Plutôt oui	1.05	0.70-1.58	-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			>0.10	Dégradation (Référence 0 variable)			>0.10	
Non pas du tout	0.82	0.39-1.71	-	(Pour une unité de score)	1	1.23	0.78-1.96	-
Plutôt non	1.28	0.76-2.15	-	2	1.30	0.79-2.16	-	
Plutôt oui	1.13	0.72-1.77	-	3	1.46	0.83-2.57	-	
				4	1.98	1.02-3.85	-	
				5	2.40	0.95-6.07	-	

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 5. Relations entre la consommation de médicaments à visée digestive et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p
Genre (Référence homme) Femme	1.61	1.14-2.26	<0.01	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	0.75	0.51-1.09	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.07 1.21 1.59	0.73-1.55 0.72-2.02 0.78-3.27	- - -
Âge (Référence 15-24) 25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	1.36	0.77-2.40	-	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	0.73	0.49-1.08	>0.10				
	0.95	0.51-1.78	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.53	0.23-1.20	>0.10				
	1.50	0.82-2.73	-								
	2.22	1.16-4.25	-	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10				
1.71	0.61-4.76	-	Non pas du tout	2.04	1.01-4.14	-	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.36 1.25 1.12	0.67-2.77 0.73-2.14 0.76-1.67	- - -	
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	1.25	0.71-2.20	-	Plutôt non	1.15	0.66-2.00					-
	1.28	0.73-2.23	-	Plutôt oui	1.31	0.90-1.90					-
	1.09	0.64-1.87	-	Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.06 1.22 0.88	0.49-2.30 0.76-1.96 0.59-1.30	- - -	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.35 1.04 1.33	0.88-2.08 0.69-1.57 0.72-2.47	- - -
	1.21	0.83-1.76	-								
1.17	0.63-2.17	-	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.11 1.48 1.31	0.55-2.24 0.88-2.49 0.83-2.07	- - -	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.43 0.66 1.28	0.98-2.09 0.39-1.11 0.66-2.50	- - -	
2.08	0.80-5.40	-									
1.40	0.72-2.73	-									
1.89	0.66-5.44	-	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.44 1.13 1.22	0.59-3.49 0.63-2.03 0.82-1.80	- - -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.73 0.88 1.04	0.47-1.13 0.53-1.46 0.56-1.94	- - -	
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	0.82	0.46-1.47	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.76 1.85 1.57	1.10-6.94 1.05-3.26 1.01-2.45					- - -
	1.02	0.47-2.23	>0.10								
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.90	0.84-0.98	<0.05	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.79 1.43 1.19	0.83-3.86 0.83-2.47 0.78-1.83	- - -	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.68 0.74 1.07	0.43-1.06 0.48-1.14 0.57-2.01	- - -
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.04	0.98-1.12	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui	1.00 1.50 1.60	0.67-1.52 0.93-2.41 0.76-3.40	- - -	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score) 1 2 3 4 5	0.98 1.19 1.13 0.68 2.79	0.63-1.53 0.73-1.94 0.63-2.02 0.24-1.89 1.15-6.75	- - - - -
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.07	1.02-1.14	<0.05								
				Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	1.06	0.73-1.56	>0.10				

Annexe 6. Relations entre la consommation de médicaments à visée digestive et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.92	0.85-1.01	<0.09	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.12	0.44-2.84	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.05	0.98-1.13	>0.10		0.87	0.46-1.63	-	
					1.13	0.75-1.69	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.06	0.98-1.15	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.38	0.89-6.39	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.06	0.99-1.12	<0.09		1.63	0.89-3.00	-	
					1.44	0.91-2.27	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	0.81	0.54-1.20	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.43	0.63-3.25	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	0.75	0.50-1.12	>0.10		1.31	0.74-2.33	-	
					1.13	0.73-1.74	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.62	0.27-1.45	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.95	0.62-1.44	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		1.42	0.86-2.33	-	
Non pas du tout	1.84	0.87-3.91	-		1.43	0.66-3.10	-	
Plutôt non	1.09	0.61-1.94	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.04	0.71-1.53	-	
Plutôt oui	1.28	0.86-1.90	-		1.16	0.68-1.97	-	
					1.36	0.64-2.89	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui			>0.10	
Non pas du tout	1.06	0.48-2.35	-		1.20	0.57-2.51	-	
Plutôt non	1.18	0.72-1.93	-		1.16	0.66-2.02	-	
Plutôt oui	0.87	0.58-1.29	-	1.06	0.71-1.60	-		
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			>0.10	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	0.89	0.56-1.40	-
Non pas du tout	1.14	0.55-2.35	-		2	1.04	0.62-1.72	-
Plutôt non	1.45	0.85-2.48	-		3	0.99	0.54-1.84	-
Plutôt oui	1.30	0.82-2.07	-		4	0.48	0.16-1.40	-
					5	1.95	0.75-5.07	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 7. Relations entre la consommation de médicaments à visée cardiovasculaire et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p		
Genre (Référence homme) Femme	0.65	0.49-0.87	<0.01	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.17	0.86-1.58	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.06 1.59 2.07	0.76-1.47 1.05-2.39 1.16-3.68	- - -		
Âge (Référence 15-24)	25-34	1.14	0.49-2.65	-	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.22	0.90-1.65					>0.10	
35-44	2.15	0.96-4.79	-										
45-54	8.34	3.98-17.47	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.85	0.47-1.51	>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.41 1.35 1.16	0.77-2.60 0.86-2.13 0.83-1.63	- - -		
55 et plus	18.61	8.80-39.36	-										
Non répondant	4.50	1.52-13.32	-	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			<0.01						
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé			<0.01	Non pas du tout	2.52	1.38-4.58	-	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.66 0.69 0.72	1.18-2.33 0.47-1.00 0.38-1.36	- - -		
				Plutôt non	1.73	1.11-2.69	-						
				Plutôt oui	1.44	1.03-2.00	-						
				Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10						
Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant			<10 ⁻³	Non pas du tout	1.16	0.61-2.19	-	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.04 0.40 0.64	0.76-1.41 0.25-0.64 0.33-1.25	- - -		
				Plutôt non	0.89	0.57-1.39	-						
				Plutôt oui	0.99	0.72-1.38	-						
				Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			>0.10						
				Non pas du tout	1.25	0.72-2.15	-						
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant			>0.10	Plutôt non	1.46	0.96-2.23	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.61 0.96 0.83	0.41-0.90 0.64-1.45 0.47-1.47	- - -		
				Plutôt oui	0.99	0.67-1.45	-						
				Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			<0.01						
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)			<0.05	Non pas du tout	2.88	1.50-5.55	-	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.43 1.06 0.68	0.30-0.61 0.68-1.64 0.37-1.25	- - -		
				Plutôt non	1.97	1.24-3.15	-						
				Plutôt oui	1.42	1.00-2.04	-						
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)			>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.60 1.41 0.78	0.39-0.91 1.02-1.95 0.41-1.48	- - -		
				Non pas du tout	2.82	1.19-6.67	-						
				Plutôt non	2.62	1.60-4.29	-						
Pénibilité physique (Pour une unité de score)			<10 ⁻³	Plutôt oui	1.99	1.32-2.98	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.34 1.56 1.71 1.68 3.31	0.92-1.96 1.03-2.37 1.06-2.74 0.87-3.24 1.51-7.25	- - - - -	
	Pression temporelle (Pour une unité de score)			<0.01	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)								<0.05
					Non pas du tout	1.63	0.84-3.18						-
Score de stress perçu (Pour une unité de score)			<10 ⁻³	Plutôt non	1.68	1.08-2.60	-	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.09 1.48 1.14	0.77-1.54 0.98-2.23 0.55-2.38	- - -		
	Enquêteur (Référence médecin) Infirmier			<0.10	Plutôt oui	1.48	0.98-2.23					-	
					Oui tout à fait	1.14	0.55-2.38					-	

Annexe 8. Relations entre la consommation de médicaments à visée cardiovasculaire et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	1.01	0.93-1.09	>0.10	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.08	0.52-2.23	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.00	0.94-1.06	>0.10		0.98	0.57-1.66	-	
					0.93	0.63-1.37	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.05	0.98-1.12	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.41	0.55-3.63	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.07	1.01-1.13	<0.05		1.54	0.89-2.68	-	
					1.42	0.92-0.20	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.18	0.85-1.63	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.84	0.40-1.77	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.28	0.93-1.78	>0.10		1.11	0.68-1.82	-	
					0.82	0.56-1.21	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.50	0.27-0.95	<0.05	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.91	0.63-1.32	-	
					0.94	0.59-1.48	-	
					0.78	0.36-1.69	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.16	0.59-2.29	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.97	0.68-1.38	-	
	0.96	0.59-1.55	-		1.25	0.79-1.97	-	
	0.93	0.65-1.33	-		1.41	0.74-2.65	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.73	0.36-1.48	-	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.95	0.49-1.83	-	
	0.66	0.41-1.07	-		1.21	0.74-1.99	-	
	0.83	0.58-1.17	-		1.03	0.71-1.49	-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.10	0.60-2.03	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.03	0.68-1.54	-
	1.38	0.87-2.19	-		2	0.96	0.61-1.51	-
	0.94	0.63-1.42	-		3	1.03	0.61-1.72	-
					4	0.68	0.33-1.42	-
					5	1.40	0.59-3.34	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 9. Relations entre la consommation de médicaments musculosquelettiques et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	1.86	1.44-2.40	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.08	0.83-1.41	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.34 1.53 1.66	1.02-1.76 1.06-2.22 0.95-2.89	- - -	
Âge (Référence 15-24)	0.67	0.46-0.98	>0.10	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.04	0.80-1.36	>0.10					
25-34	0.89	0.61-1.30	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.12	0.72-1.76	>0.10					
35-44	0.83	0.55-1.24	-	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			<0.01	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.48 1.75 1.19	0.22-1.06 1.21-2.54 0.89-1.60	- - -	
45-54	0.79	0.48-1.30	-	Non pas du tout	1.79	1.02-3.16	-					
55 et plus	1.26	0.63-2.52	-	Plutôt non	1.98	1.38-2.84	-					
Non répondant				Plutôt oui	1.26	0.95-1.68	-	Evolution pénibilité (Référence autant)				>0.10
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier)			<0.05	Travail varié (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Plus	1.15	0.84-1.59	-	
Cadre	0.75	0.48-1.16	-	Non pas du tout	1.64	0.94-2.88	-	Moins	0.81	0.60-1.10	-	
Profession intermédiaire	1.04	0.69-1.56	-	Plutôt non	2.22	1.56-3.15	-	Non répondant	1.08	0.68-1.72	-	
Employé	1.32	0.91-1.91	-	Plutôt oui	1.29	0.94-1.75	-	Evolution stress (Référence autant)				>0.10
Type de visite (Référence visite d'embauche)			<10 ⁻³	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Plus	1.19	0.89-1.58	-	
Périodique	0.97	0.73-1.29	-	Non pas du tout	2.53	1.56-4.09	-	Moins	0.88	0.63-1.25	-	
Reprise	1.02	0.63-1.63	-	Plutôt non	2.14	1.41-3.24	-	Non répondant	1.38	0.85-2.23	-	
Pré-reprise	4.96	2.79-8.82	-	Plutôt oui	1.83	1.26-2.66	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant)				>0.10
A la demande	2.02	1.30-3.12	-	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			<0.05	Plus	1.03	0.75-1.40	-	
Non répondant	1.40	0.59-3.35	-	Non pas du tout	1.97	1.07-3.65	-	Moins	1.49	1.06-2.08	-	
Contrat de travail (Référence CDI)			>0.10	Plutôt non	1.71	1.15-2.56	-	Non répondant	1.29	0.82-2.03	-	
CDD	0.96	0.64-1.43	>0.10	Plutôt oui	1.27	0.94-1.71	-	Evolution autonomie (Référence autant)				>0.10
Autre	0.82	0.44-1.54	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait)			<0.05	Plus	0.86	0.66-1.14	-	
Non répondant	-	-	-	Non pas du tout	2.54	1.26-5.11	-	Moins	1.25	0.84-1.86	-	
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.91	0.86-0.97	<0.01	Plutôt non	1.66	1.09-2.52	-	Non répondant	1.20	0.74-1.94	-	
				Plutôt oui	1.48	1.08-2.04	-	Evolution reconnaissance (Référence autant)				<0.01
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.90	0.84-0.96	<0.01	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)			>0.10	Plus	0.88	0.63-1.23	-	
				Non pas du tout	1.74	0.97-3.14	-	Moins	1.50	1.12-2.01	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.08	1.03-1.14	<0.01	Plutôt non	1.57	1.05-2.35	-	Non répondant	1.59	1.01-2.50	-	
				Plutôt oui	1.27	0.93-1.75	-	Dégradation (Référence 0 variable)	1	1.36	0.99-1.86	-
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.07	1.02-1.13	<0.05	Désapprouvez (Référence non pas du tout)			<0.05	(Pour une unité de score)	2	1.58	1.11-2.25	-
				Plutôt non	1.17	0.86-1.57	-		3	1.25	0.80-1.95	-
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.08	1.04-1.13	<10 ⁻³	Plutôt oui	1.20	0.82-1.75	-		4	1.71	0.98-2.99	-
Enquêteur (Référence médecin)			>0.10	Oui tout à fait	2.25	1.34-3.77	-		5	1.90	0.84-4.30	-
Infirmier	0.81	0.61-1.08	>0.10									

Annexe 10. Relations entre la consommation de médicaments musculosquelettiques et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.98	0.91-1.04	>0.10	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.34 1.22 1.20	0.69-2.60 0.78-1.89 0.89-1.64	->0.10 - -	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.05	0.99-1.10	<0.09					
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.05	0.99-1.11	>0.10					
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.03	0.99-1.08	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.61 1.29 1.43	0.75-3.45 0.82-2.04 1.02-1.98	->0.10 - -	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.08	0.82-1.42	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.05 1.26 1.19	0.56-1.99 0.83-1.93 0.86-1.64	->0.10 - -	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	0.94	0.71-1.24	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.14 1.04 1.68	0.83-1.55 0.70-1.55 0.97-2.90	->0.10 - -	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.26	0.78-2.02	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.36 1.43 1.23	1.03-1.82 0.97-2.11 0.68-2.22	->0.10 - -	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.38 1.65 1.18	0.75-2.51 1.12-2.42 0.88-1.59	<0.10 - -					
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.28 1.89 1.22	0.71-2.30 1.31-2.73 0.89-1.68	<0.01 - -					
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.77 1.75 1.68	1.06-2.95 1.14-2.69 1.15-2.46	<0.05 - -	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.36 1.59 1.13	0.16-0.81 1.08-2.34 0.83-1.53	<0.01 - -	
				Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.37 1.47 1.05 1.20 1.15	0.99-1.91 1.01-2.14 0.65-1.68 0.65-2.20 0.48-2.77	->0.10 - - - -

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 11. Relations entre la consommation de médicaments analgésiques et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p							
Genre (Référence homme) Femme	1.39	1.16-1.67	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.19	0.98-1.44	<0.09	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.99 1.67 1.32	0.81-1.22 1.28-2.16 0.86-2.02	<10 ⁻³ - -							
Âge (Référence 15-24)	25-34	1.09	0.82-1.43	-	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.14	0.94-1.38					>0.10						
35-44	0.89	0.66-1.20	-															
45-54	0.91	0.67-1.23	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.41	1.03-1.92	<0.05	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.75 1.52 1.00	0.48-1.17 1.15-1.99 0.81-1.23	<0.01 - -							
55 et plus	0.91	0.63-1.32	-	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			<0.09											
Non répondant	1.03	0.58-1.84	-	Non pas du tout	1.56	1.02-2.39	-											
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	0.97 1.22 1.49	0.71-1.33 0.90-1.65 1.12-1.97	- - -	Plutôt non	1.25	0.94-1.66	-	Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.30 1.22 0.96	0.87-1.95 0.94-1.59 0.78-1.18	- - -	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.40 0.96 1.20	1.11-1.77 0.78-1.20 0.85-1.69	- - -			
				Plutôt oui	1.21	0.99-1.48	-											
Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	0.77 1.54 2.68 1.68 1.34	0.62-0.95 1.14-2.09 1.58-4.54 1.20-2.36 0.71-2.55	- - - - -	Plutôt oui	0.96	0.78-1.18	-	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.98 1.70 1.38	1.41-2.79 1.28-2.25 1.08-1.77	- - -	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.20 0.91 1.20	0.98-1.48 0.71-1.16 0.83-1.73	- - -			
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	1.06 0.75 0.46	0.80-1.41 0.47-1.19 0.06-3.64	- - -	Plutôt non	1.70	1.28-2.25	-	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.05 1.44 1.01	0.63-1.76 1.08-1.92 0.82-1.24	- - -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.15 1.31 1.10	0.92-1.43 1.01-1.69 0.78-1.56	- - -			
				Plutôt oui	1.38	1.08-1.77	-											
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.92	0.89-0.96	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.94 1.46 1.08	1.13-3.32 1.09-1.95 0.87-1.34	- - -	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.87 1.28 1.14	0.72-1.06 0.95-1.72 0.79-1.63	- - -							
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.95	0.90-1.00	<0.07	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.65 1.25 1.01	1.08-2.53 0.94-1.67 0.81-1.26	- - -											
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.08	1.04-1.12	<10 ⁻³															
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.02	0.98-1.06	>0.10	Plus	1.07	0.85-1.34	-	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.32 1.18	1.06-1.65 0.82-1.70	- -							
				Moins	1.32	1.06-1.65	-											
				Non répondant	1.18	0.82-1.70	-											
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.05	1.01-1.08	<0.01	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.15	0.91-1.46	-										
				Plutôt non	1.05	0.84-1.30	-	2	1.38	1.07-1.80	-							
				Plutôt oui	1.48	1.14-1.92	-	3	1.24	0.91-1.71	-							
Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	0.57	0.46-0.71	<10 ⁻³	Oui tout à fait	1.89	1.25-2.85	-	4	1.55	1.02-2.36	-							
								5	2.11	1.16-3.86	-							

Annexe 12. Relations entre la consommation de médicaments analgésiques et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.97	0.92-1.02	>0.10	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.80 1.14 0.98	0.46-1.37 0.83-1.56 0.79-1.21	>0.10 - -	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.06	1.02-1.11	<0.01					
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.00	0.96-1.04	>0.10					
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.01	0.98-1.05	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.38 1.23 1.07	0.78-2.46 0.90-1.68 0.85-1.34	>0.10 - -	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.19	0.98-1.45	<0.09	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.19 1.09 0.98	0.75-1.87 0.81-1.48 0.78-1.22	>0.10 - -	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.06	0.87-1.30	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.06 1.37 1.56	0.85-1.32 1.04-1.81 1.02-2.39	<0.05 - -	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.62	1.16-2.27	<0.01	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.00 1.53 1.10	0.81-1.23 1.17-2.01 0.70-1.72	<0.05 - -	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.31 1.09 1.17	0.84-2.06 0.81-1.48 0.95-1.44	>0.10 - -					
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.08 1.07 0.93	0.71-1.65 0.82-1.41 0.75-1.15	>0.10 - -					
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.50 1.42 1.26	1.05-2.14 1.06-1.90 0.98-1.62	<0.08 - -	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.63 1.39 0.96	0.40-1.00 1.05-1.85 0.77-1.19	<0.01 - -	
				Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.16 1.33 1.08 1.16 1.46	0.91-1.48 1.01-1.76 0.78-1.52 0.74-1.83 0.77-2.76	>0.10 - - - -

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 13. Relations entre la consommation d'antidépresseurs et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p														
Genre (Référence homme) Femme	2.40	1.60-3.61	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.24	0.84-1.84	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.33 2.27 3.21	0.86-2.08 1.35-3.83 1.61-6.39	<10 ⁻³ - -														
Âge (Référence 15-24)	25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	3.96 6.25 9.32 14.23 5.84	1.18-13.25 1.89-20.69 2.85-30.54 4.24-47.69 1.16-29.44	- - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.14	0.77-1.71					>0.10													
					Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.56	0.23-1.39					>0.10													
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	1.07 1.60 2.15	0.50-2.28 0.79-3.24 1.12-4.14	- - -	<0.05	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.48 2.66 1.01	1.76-6.91 1.60-4.43 0.63-1.60	- - -	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.25 2.37 1.52	1.60-6.58 1.31-4.30 0.92-2.51	- - -													
													Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	1.07 5.70 20.90 10.80 2.31	0.59-1.96 3.13-10.40 10.24-42.68 6.04-19.29 0.53-1.12	- - - - -	<10 ⁻³	Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.53 1.24 0.93	1.30-4.92 0.72-2.16 0.59-1.47	- - -	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	3.44 0.76 0.78	2.24-5.27 0.44-1.33 0.30-2.00	- - -
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.72	0.67-0.78	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	16.38 4.43 1.93	8.18-32.90 2.31-8.49 1.08-3.50	- - -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.68 3.03 0.54	0.39-1.20 1.98-4.63 0.19-1.50	- - -														
												Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.74	0.68-0.81	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	13.34 6.71 1.70	5.39-28.22 3.55-12.67 0.92-3.15	- - -	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.38 2.31 0.44	0.23-0.63 1.46-3.66 0.16-1.22	- - -		
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.21	1.13-1.31	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	13.40 2.68 1.43	6.93-25.92 1.38-5.18 0.80-2.56	- - -	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.58 2.64 0.47	0.31-1.08 1.76-3.97 0.14-1.52	- - -														
												Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.24	1.13-1.35	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui	1.48 2.38	0.88-2.50 1.34-4.26	- -	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2	0.86 1.44	0.45-1.62 0.77-2.67	- -	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.29	1.21-1.36	<10 ⁻³	Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	0.29	0.16-0.54	<10 ⁻³	3 4 5	2.85 7.53 12.43	1.60-5.06 4.24-13.38 6.04-25.55	- - -														

Annexe 14. Relations entre la consommation d'antidépresseurs et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.89	0.81-0.97	<0.05	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	5.19 1.19 1.18	2.38-11.35 0.57-2.47 0.64-2.16	<10 ⁻³ - -	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.08	0.99-1.17	<0.08					
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.06	0.97-1.17	>0.10					
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.10	1.03-1.18	<0.01	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.67 2.24 1.00	1.06-6.76 1.11-4.53 0.52-1.92	<0.01 - - -	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.28	0.83-1.96	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	4.27 1.23 1.04	2.02-9.02 0.60-2.51 0.56-1.90	<10 ⁻³ - - -	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.05	0.68-1.62	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.15 1.13 1.95	0.66-2.00 0.60-2.12 0.89-4.26	>0.10 - - -	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.68	0.26-1.79	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.10 1.28 1.15	0.69-1.76 0.72-2.26 0.53-2.48	>0.10 - - -	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.25 1.22 0.60	0.57-2.74 0.69-2.15 0.36-1.00	- - -					
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.22 0.63 0.68	0.57-2.60 0.34-1.16 0.42-1.10	>0.10 - - -					
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.15 1.88 1.29	1.44-6.88 0.90-3.93 0.65-2.59	<0.01 - - -	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	0.55 0.71 1.07 1.77 2.62	0.28-1.07 0.36-1.37 0.57-2.03 0.90-3.47 1.14-5.99	<0.01 - - - -

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 15. Relations entre la consommation d’anxiolytiques/hypnotiques/sédatifs et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	2.01	1.45-2.79	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.28	0.92-1.76	>0.10	Peur perdre l’emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.56 2.66 4.41	1.07-2.26 1.72-4.12 2.53-7.67	<10 ⁻³ - -	
Âge (Référence 15-24)	25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	1.50 1.78 3.19 4.42 0.87	- - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.21	0.87-1.68	>0.10					
				Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.04	0.58-1.87	>0.10					
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	1.27 1.44 2.24	0.69-2.36 0.80-2.62 1.30-3.86	- - -	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)	3.85 2.14 1.28	2.17-6.85 1.35-3.39 0.88-1.86	- - -	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.96 3.17 1.44	1.61-5.46 1.98-5.09 0.94-2.18	<10 ⁻³ - -	
				Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui								
				Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui								
Type de visite (Référence visite d’embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	1.11 4.13 17.49 11.51 2.94	0.69-1.79 2.46-6.94 9.30-32.91 7.17-18.47 1.00-8.60	- - - - -	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	4.42 2.19 1.63	2.52-7.73 1.28-3.74 1.00-2.67	- - -	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	2.24 0.32 1.14	1.58-3.16 0.16-0.63 0.57-2.27	<10 ⁻³ - - -	
				Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui								
				Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant								
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	0.57 0.71 1.82	0.30-1.06 0.31-1.64 0.23-14.49	- - -	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	10.01 4.16 1.25	5.64-17.77 2.58-6.71 0.81-1.93	- - -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.09 3.34 1.54	0.71-1.67 2.30-4.85 0.85-2.78	<10 ⁻³ - -	
				Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui								
				Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui								
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.70	0.66-0.75	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui			<10 ⁻³	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant			<10 ⁻³ - - -	
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.77	0.71-0.83	<10 ⁻³	11.04 2.87 1.21	6.36-19.19 1.72-4.80 0.76-1.92	- - -	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.95 3.19 1.44	0.59-1.54 2.22-4.56 0.74-2.80	<10 ⁻³ - - -		
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.22	1.15-1.30	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui			<10 ⁻³	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.35 2.29 4.26 4.80 15.49	0.83-2.19 1.42-3.69 2.69-6.76 2.68-8.60 8.13-29.54	- - - - -
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.31	1.21-1.41	<10 ⁻³	1.08 2.73 4.65	0.70-1.66 1.74-4.27 2.60-8.30	- - -						
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.34	1.28-1.41	<10 ⁻³	Oui tout à fait	4.65	2.60-8.30	-					
Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	0.50	0.32-0.75	<0.01									

Annexe 16. Relations entre la consommation d’anxiolytiques/hypnotiques/sédatifs et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.83	0.77-0.89	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.74	1.93-7.24	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.11	1.04-1.19	<0.01		1.49	0.86-2.60	-	
					0.86	0.54-1.36	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.16	1.07-1.26	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.98	1.38-6.40	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.19	1.12-1.26	<10 ⁻³		1.92	1.10-3.36	-	
					0.89	0.54-1.45	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.27	0.89-1.82	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.95	2.10-7.43	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.06	0.74-1.53	>0.10		1.59	0.91-2.78	-	
					0.92	0.57-1.50	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.23	0.65-2.33	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.86	0.55-1.35	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		1.50	0.92-2.45	-	
Non pas du tout	1.82	0.93-3.54	-		2.17	1.13-4.17	-	
Plutôt non	1.15	0.69-1.92	-	Peur perdre l’emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.41	0.95-2.10	-	
Plutôt oui	0.89	0.59-1.35	-		1.71	1.05-2.78	-	
					1.98	1.06-3.69	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui			<0.01	
Non pas du tout	1.18	0.59-2.37	-		1.60	0.82-3.13	-	
Plutôt non	1.02	0.62-1.68	-		2.17	1.30-3.63	-	
Plutôt oui	0.88	0.59-1.33	-	1.07	0.69-1.68	-		
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<0.10	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	0.99	0.60-1.66	<10 ⁻³
Non pas du tout	2.03	1.09-3.79	-		2	1.40	0.84-2.35	-
Plutôt non	1.20	0.67-2.14	-		3	2.12	1.26-3.56	-
Plutôt oui	1.19	0.71-2.00	-		4	1.32	0.67-2.59	-
					5	4.46	2.09-9.52	-

*Facteurs d’ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 17. Relations entre la consommation de médicaments à visée respiratoire et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p										
Genre (Référence homme) Femme	1.25	0.93-1.67	>0.10	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.26	0.93-1.72	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout)			<0.05										
Âge (Référence 15-24)	25-34	1.00	0.63-1.58	-	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.29	0.95-1.76	>0.10	Plutôt non	0.87	0.62-1.22	-									
	35-44	1.15	0.72-1.84	-					Plutôt oui	1.71	1.15-2.54	-									
	45-54	0.83	0.49-1.39	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.90	0.50-1.60	>0.10	Oui tout à fait	0.73	0.31-1.70	-									
	55 et plus	1.08	0.59-1.96	-					Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)	>0.10	Non pas du tout	1.12	0.55-2.25	-							
	Non répondant	1.40	0.59-3.31	-								Plutôt non	1.85	1.19-2.89	-						
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier)	Cadre	1.21	0.73-2.00	-	Plutôt oui	1.20	0.87-1.66	-	Plutôt oui	1.24	0.87-1.77	-									
	Profession intermédiaire	1.13	0.69-1.87	-	Travail varié (Référence oui tout à fait)	<0.05	Evolution pénibilité (Référence autant)	Plus	1.02	0.69-1.49	-										
	Employé	1.25	0.78-1.98	-				Moins	0.82	0.57-1.17	-										
	Type de visite (Référence visite d'embauche)	Périodique	0.79	0.58-1.09				-	Non pas du tout	1.35	0.67-2.73	-	Non répondant	0.91	0.51-1.63	-					
Reprise									0.71	0.40-1.26	-	Evolution stress (Référence autant)	Plus	1.37	0.97-1.92	>0.10					
Pré-reprise					0.91	0.32-2.58	-		Moins	1.13	0.76-1.69						-				
A la demande	0.94	0.51-1.71	-	Non pas du tout	1.78	1.05-3.04	-	Non répondant	1.11	0.59-2.10	-										
Non répondant	0.51	0.12-2.13	-	Plutôt non	1.59	1.02-2.48	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant)	Plus	0.66	0.44-0.98	>0.10									
Contrat de travail (Référence CDI)	CDD	1.30	0.84-2.02	>0.10	Plutôt oui	1.11	0.74-1.67						-	Moins	1.04	0.69-1.58	-				
					Autre	1.44	0.78-2.66						>0.10	Non répondant	0.83	0.46-1.50	-				
Non répondant	-	-	-	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			>0.10	Evolution autonomie (Référence autant)	Plus	0.85	0.61-1.17	>0.10									
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.94	0.87-1.00	<0.07	Non pas du tout	1.33	0.58-3.01	-						Moins	1.24	0.78-1.99	-					
				Plutôt non	1.56	0.97-2.52	-						Non répondant	0.91	0.49-1.69	-					
Plutôt oui	1.25	0.88-1.77	-	Moyens de travail (Référence oui tout à fait)	>0.10	Evolution reconnaissance (Référence autant)	Plus	0.97	0.67-1.40	>0.10											
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.90	0.83-0.98	<0.05								Non pas du tout	1.76	0.72-4.31	-	Moins	1.06	0.73-1.52	-			
											Plutôt non	1.34	0.81-2.21	-	Non répondant	1.01	0.55-1.83	-			
Plutôt oui	1.37	0.95-1.98	-	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)	>0.10	Evolution reconnaissance (Référence autant)	Plus	0.97	0.67-1.40	>0.10											
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.06	1.00-1.12	<0.05								Non pas du tout	1.01	0.44-2.31	-	Moins	1.06	0.73-1.52	-			
											Plutôt non	1.10	0.66-1.84	-	Non répondant	1.01	0.55-1.83	-			
Plutôt oui	1.33	0.92-1.93	-	Désapprouvez (Référence non pas du tout)	>0.10	Evolution reconnaissance (Référence autant)	Plus	0.97	0.67-1.40	>0.10											
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.08	1.02-1.15	<0.05								Non pas du tout	1.01	0.44-2.31	-	Moins	1.06	0.73-1.52	-			
											Plutôt non	1.10	0.66-1.84	-	Non répondant	1.01	0.55-1.83	-			
Plutôt oui	1.33	0.92-1.93	-	Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.05	1.00-1.11	<0.05	Dégradation (Référence 0 variable)	1	1.11	0.76-1.64	-									
Enquêteur (Référence médecin)	Infirmier	0.82	0.59-1.16										>0.10	Plutôt non	1.12	0.78-1.61	-	2	1.29	0.84-1.98	-
														Plutôt oui	1.46	0.95-2.24	-	3	1.36	0.83-2.22	-
Oui tout à fait	1.70	0.88-3.30	-										4	0.95	0.43-2.10	-					
													5	1.78	0.69-4.58	-					

Annexe 18. Relations entre la consommation de médicaments à visée respiratoire et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.93	0.86-1.01	>0.10	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.47	0.63-3.45	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.09	1.02-1.16	<0.01		1.61	0.96-2.68	-	
					1.29	0.90-1.84	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.09	1.02-1.17	<0.05	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.81	0.71-4.65	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.05	1.00-1.11	<0.07		1.37	0.80-2.34	-	
					1.41	0.96-2.06	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.32	0.96-1.81	<0.09	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.92	0.39-2.19	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.28	0.93-1.76	>0.10		1.08	0.64-1.83	-	
					1.31	0.90-1.90	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.04	0.57-1.91	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.13	0.79-1.64	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.13	0.51-2.47	>0.10		1.52	0.98-2.38	-	
	1.24	0.76-2.03	-		1.76	0.89-3.47	-	
	1.29	0.92-1.81	-					
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.37	0.66-2.84	<0.06	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	0.83	0.58-1.17	<0.05	
	1.87	1.20-2.91	-		1.62	1.08-2.45	-	
	1.37	0.95-1.98	-		0.64	0.27-1.54	-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.89	1.07-3.31	<0.05	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.04	0.51-2.14	>0.10	
	1.61	1.01-2.55	-		1.72	1.08-2.73	-	
	1.09	0.72-1.64	-		1.18	0.82-1.70	-	
				Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.13	0.76-1.67	>0.10
					2	1.32	0.85-2.05	-
					3	1.38	0.82-2.31	-
					4	1.01	0.44-2.32	-
					5	1.80	0.67-4.88	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 20. Relations entre la consommation de psychotropes et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.85	0.80-0.91	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	5.08	2.90-8.88	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.14	1.08-1.21	<10 ⁻³		1.39	0.88-2.20	-	
					1.26	0.88-1.80	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.11	1.04-1.18	<0.01	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.44	1.24-4.80	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.15	1.10-1.20	<10 ⁻³		2.02	1.30-3.14	-	
					1.16	0.80-1.69	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.42	1.07-1.87	<0.05	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.80	2.21-6.54	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.10	0.83-1.46	>0.10		1.82	1.17-2.84	-	
					1.18	0.81-1.71	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.26	0.76-2.10	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.04	0.74-1.47	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		1.58	1.07-2.34	-	
Non pas du tout	1.54	0.88-2.72	-		2.41	1.41-4.12	-	
Plutôt non	1.31	0.88-1.95	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.36	1.00-1.84	-	
Plutôt oui	0.93	0.68-1.27	-		1.85	1.27-2.70	-	
					1.51	0.88-2.59	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui			<10 ⁻³	
Non pas du tout	1.04	0.58-1.85	-		1.31	0.74-2.29	-	
Plutôt non	1.14	0.78-1.66	-		2.40	1.60-3.59	-	
Plutôt oui	0.87	0.64-1.19	-	1.24	0.88-1.74	-		
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<0.05	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.22	0.85-1.76	-
Non pas du tout	2.07	1.27-3.37	-		2	1.41	0.95-2.09	-
Plutôt non	1.37	0.89-2.12	-		3	1.49	0.97-2.30	-
Plutôt oui	1.19	0.81-1.76	-		4	1.35	0.78-2.33	-
					5	4.76	2.43-9.32	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction hors travail.

Annexe 21. Relations entre la consommation de médicaments analgésiques attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	1.86	1.39-2.49	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.37	1.03-1.84	<0.05	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.56 3.10 2.62	1.12-2.18 2.12-4.54 1.46-4.72	<10 ⁻³ - -	
Âge (Référence 15-24)	25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	1.95 1.60 1.73 2.06 0.84	>0.10 - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.46	1.09-1.96	<0.05					
				Travail de nuit (Référence autre horaire)	2.43	1.63-3.64	<10 ⁻³					
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier)			<10 ⁻³	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			<0.01	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.02 2.63 1.09	0.51-2.06 1.76-3.91 0.77-1.54	<10 ⁻³ - -	
Cadre	0.49	0.29-0.84	-	Non pas du tout	1.93	1.01-3.69	-					
Profession intermédiaire	0.83	0.52-1.33	-	Plutôt non	1.92	1.26-2.94	-					
Employé	1.43	0.95-2.15	-	Plutôt oui	1.50	1.08-2.09	-	Evolution pénibilité (Référence autant)	Plus Moins Non répondant	2.10 0.40 1.11	1.53-2.89 0.26-0.63 0.65-1.90	<10 ⁻³ - -
Type de visite (Référence visite d'embauche)			<10 ⁻³	Travail varié (Référence oui tout à fait)			<0.01	Evolution stress (Référence autant)	Plus Moins Non répondant	1.81 0.40 1.36	1.32-2.47 0.23-0.68 0.77-2.38	<10 ⁻³ - -
Périodique	1.17	0.82-1.68	-	Non pas du tout	2.49	1.44-4.29	-					
Reprise	2.96	1.89-4.61	-	Plutôt non	1.70	1.13-2.56	-					
Pré-reprise	6.74	3.56-12.76	-	Plutôt oui	1.15	0.81-1.63	-	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	
A la demande	4.56	2.91-7.16	-	Non pas du tout	4.68	2.58-8.48	-	Non pas du tout	4.68	2.58-8.48	-	
Non répondant	1.69	0.59-4.84	-	Plutôt non	4.09	2.39-6.98	-	Plutôt non	4.09	2.39-6.98	-	
Contrat de travail (Référence CDI)			>0.10	Plutôt oui	2.64	1.58-4.40	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant)	Plus Moins Non répondant	0.82 2.01 1.22	0.56-1.20 1.41-2.86 0.72-2.07	<10 ⁻³ - -
CDD	0.57	0.33-1.00	-	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Evolution autonomie (Référence autant)	Plus Moins Non répondant	0.65 1.74 1.18	0.47-0.91 1.17-2.61 0.69-2.02	<10 ⁻³ - -
Autre	0.56	0.24-1.28	-	Non pas du tout	3.12	1.53-6.36	-					
Non répondant	1.43	0.18-11.34	-	Plutôt non	4.03	2.55-6.35	-					
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.76	0.72-0.81	<10 ⁻³	Plutôt oui	1.93	1.31-2.86	-	Moyens de travail (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.90	0.83-0.97	<0.01	Non pas du tout	5.57	2.77-11.22	-	Plus	0.65	0.47-0.91	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.27	1.20-1.35	<10 ⁻³	Plutôt non	3.91	2.48-6.17	-	Moins	1.74	1.17-2.61	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.19	1.12-1.27	<10 ⁻³	Plutôt oui	1.65	1.10-2.48	-	Non répondant	1.18	0.69-2.02	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.20	1.15-1.26	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Evolution reconnaissance (Référence autant)	Plus Moins Non répondant	0.79 2.48 1.48	0.52-1.21 1.80-3.42 0.85-2.59	<10 ⁻³ - -
Enquêteur (Référence médecin)			<0.01	Non pas du tout	3.61	1.96-6.63	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.44 3.51 2.90 3.88 6.49	0.95-2.19 2.40-5.14 1.84-4.57 2.23-6.78 3.19-13.21	- - - - -
Infirmier	0.61	0.43-0.86	<0.01	Plutôt non	2.78	1.75-4.41	-					
				Plutôt oui	1.57	1.05-2.34	-					
				Désapprouvez (Référence non pas du tout)			<10 ⁻³					
				Plutôt non	1.56	1.04-2.33	-					
				Plutôt oui	3.09	2.00-4.77	-					
				Oui tout à fait	5.55	3.20-9.65	-					

Annexe 22. Relations entre la consommation de médicament analgésique attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.84	0.78-0.90	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.52	0.71-3.26	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.20	1.13-1.28	<10 ⁻³		2.29	1.39-3.76	-	
					1.64	1.09-2.45	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.13	1.06-1.21	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.89	1.35-6.18	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.13	1.07-1.19	<10 ⁻³		2.57	1.57-4.22	-	
					1.48	0.97-2.25	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.37	1.01-1.86	<0.05	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.71	0.89-3.32	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.29	0.95-1.75	>0.10		1.97	1.21-3.21	-	
					1.40	0.93-2.11	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	2.66	1.71-4.14	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.47	0.97-2.21	-	
					2.36	1.50-3.72	-	
					3.61	2.01-6.46	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.99 1.18 1.18	0.50-1.97 0.75-1.86 0.84-1.66	>0.10 - - -	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.58	1.20-2.24	<10 ⁻³	
					2.63	1.75-3.94	-	
					1.80	0.96-3.38	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.57 1.20 1.01	0.88-2.80 0.78-1.85 0.71-1.45	>0.10 - - -	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.64	0.31-1.33	<10 ⁻³	
					2.20	1.44-3.35	-	
					0.96	0.67-1.38	-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.62 2.87 2.23	1.40-4.90 1.65-4.99 1.33-3.74	<0.01 - - -	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.36	0.88-2.09	<10 ⁻³
					2	2.99	1.99-4.47	-
					3	2.09	1.29-3.40	-
					4	2.24	1.21-4.14	-
					5	3.49	1.60-7.61	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction à la maison.

Annexe 23. Relations entre la consommation de psychotropes attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	2.09	1.52-2.87	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.39	1.02-1.90	<0.05	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	2.04 3.84 6.35	1.40-2.97 2.51-5.88 3.73-10.81	<10 ⁻³ - -	
Âge (Référence 15-24)	25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	2.80 2.83 4.95 6.21 2.59	- - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.27	0.92-1.74	>0.10					
				Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.96	0.54-1.71	>0.10					
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé			>0.10	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.40 4.41 1.85	1.82-6.35 2.74-7.10 1.20-2.85	<10 ⁻³ - -	
				Non pas du tout	3.02	1.61-5.66	-					
				Plutôt non	3.08	2.00-4.73	-					
				Plutôt oui	1.50	1.03-2.17	-					
Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant			<10 ⁻³	Travail varié (Référence oui tout à fait)			<0.01	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	3.83 0.47 1.29	2.73-5.39 0.28-0.79 0.70-2.38	<10 ⁻³ - -	
				Non pas du tout	2.20	1.21-3.98	-					
				Plutôt non	1.80	1.18-2.76	-					
				Plutôt oui	1.06	0.73-1.54	-	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	3.34 0.38 1.21	2.34-4.75 0.19-0.75 0.58-2.51	<10 ⁻³ - -	
				Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³					
				Non pas du tout	4.77	2.77-8.20	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.63 3.34 0.98	0.40-1.01 2.37-4.71 0.51-1.86	<10 ⁻³ - -	
			Plutôt non	2.86	1.72-4.75	-						
			Plutôt oui	1.42	0.87-2.32	-						
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant			<0.05	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.70 3.18 1.09	0.48-1.02 2.16-4.69 0.58-2.04	<10 ⁻³ - -	
				Non pas du tout	18.56	9.94-35.66	-					
				Plutôt non	7.24	4.25-12.63	-					
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)			<10 ⁻³	Plutôt oui	2.52	1.52-4.16	-	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.71 3.65 1.08	0.43-1.18 2.60-5.12 0.53-2.22	<10 ⁻³ - -	
				Moyens de travail (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³					
				Non pas du tout	19.21	9.40-39.26	-					
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)			<10 ⁻³	Plutôt non	9.20	5.25-16.12	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	1.50 4.27 5.58 9.60 29.58	0.89-2.54 2.71-6.73 3.45-9.00 5.60-16.47 15.67-55.83	- - - - -
				Plutôt oui	2.35	1.36-4.04	-					
				Reconnaissance (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³					
Pénibilité physique (Pour une unité de score)			<10 ⁻³	Non pas du tout	18.23	10.11-35.10	-	Désapprouvez (Référence non pas du tout)			<10 ⁻³	
				Plutôt non	5.55	3.11-9.90	-					
				Plutôt oui	2.25	1.31-3.88	-					
Pression temporelle (Pour une unité de score)			<10 ⁻³	Plutôt non	5.84	3.50-9.75	-					
				Plutôt oui	5.84	3.50-9.75	-					
				Oui tout à fait	11.05	6.02-20.28	-					
Score de stress perçu (Pour une unité de score)			<10 ⁻³									
	Enquêteur (Référence médecin) Infirmier											

Annexe 24. Relations entre la consommation de psychotropes attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.74	0.69-0.80	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	6.76	3.37-13.58	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.20	1.12-1.28	<10 ⁻³		2.73	1.49-4.98	-	
					1.78	1.05-3.00	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.19	1.10-1.29	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	5.60	2.51-12.49	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.31	1.23-1.39	<10 ⁻³		4.29	2.32-7.92	-	
					1.73	0.98-3.06	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.49	1.06-2.10	<0.05	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	7.77	3.89-15.50	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.16	0.82-1.65	>0.10		3.41	1.84-6.33	-	
					1.82	1.04-3.20	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.17	0.61-2.23	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.66	0.98-2.81	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		3.37	1.95-5.82	-	
Non pas du tout	1.27	0.62-2.60	-		5.74	2.96-11.14	-	
Plutôt non	1.66	1.02-2.69	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.90	1.27-2.83	<10 ⁻³	
Plutôt oui	1.04	0.69-1.56	-		2.61	1.63-4.17	-	
					2.93	1.60-5.36	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.91	0.96-3.80	<10 ⁻³	
Non pas du tout	1.22	0.62-2.40	-		3.29	1.96-5.51	-	
Plutôt non	1.12	0.70-1.80	-		1.46	0.92-2.31	-	
Plutôt oui	0.82	0.55-1.23	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.16	0.67-2.01	<10 ⁻³
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<0.01		2	2.93	1.80-4.77	-
Non pas du tout	2.30	1.25-4.24	-		3	2.98	1.76-5.06	-
Plutôt non	1.75	1.01-3.03	-		4	3.13	1.68-5.82	-
Plutôt oui	1.09	0.65-1.82	-		5	10.21	4.91-21.21	-

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction à la maison.

Annexe 25. Relations entre la consommation de médicaments musculosquelettiques attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p									
Genre (Référence homme) Femme	1.90	1.29-2.81	<0.01	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.38	0.94-2.02	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.71 2.34 2.79	1.11-2.64 1.37-4.00 1.32-5.89	- - -									
Âge (Référence 15-24)	25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	1.05 1.22 1.37 1.44 1.14	0.57-1.96 0.64-2.31 0.72-2.62 0.68-3.08 0.32-4.02	- - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.13	0.76-1.69					>0.10								
					Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.47	0.80-2.72					>0.10								
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	0.48 0.80 1.10	0.24-0.94 0.44-1.45 0.65-1.85	- - -	<0.05	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)	2.80 2.71 1.36	1.30-6.02 1.60-4.60 0.86-2.15	- - -	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.87 2.67 1.47	0.30-2.53 1.53-4.67 0.91-2.37	- - -								
					Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui															
					Travail varié (Référence oui tout à fait)										<10 ⁻³	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.92 0.44 1.06	1.26-2.93 0.25-0.79 0.51-2.17	- - -	
Type de visite (Référence visite d'embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	1.43 2.15 11.78 2.62 1.55	0.90-2.29 1.13-4.10 5.89-23.58 1.32-5.19 0.36-6.67	- - - - -	<10 ⁻³	Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.47 3.22 1.32	1.12-5.44 1.90-5.47 0.80-2.19	- - -	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	2.45 0.67 1.98	1.58-3.79 0.34-1.31 0.95-4.10	- - -								
					Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<0.05												
					Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.87 2.66 2.06	1.35-6.11 1.38-5.13 1.12-3.79	- - -												
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	0.79 0.91 -	0.41-1.53 0.36-2.26 -	- - -	>0.10 >0.10 -	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)	6.00 4.15 1.79	2.75-13.09 2.27-7.60 1.05-3.06	- - -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.35 3.37 1.91	0.82-2.22 2.14-5.32 0.97-3.75	- - -								
					Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui															
					Moyens de travail (Référence oui tout à fait)										<10 ⁻³					
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.81	0.75-0.88	-	<10 ⁻³					Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.78 1.53 1.48	0.50-1.19 0.87-2.69 0.76-2.88	- - -								
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.84	0.76-0.92	-	<10 ⁻³					Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	1.10 2.54 2.07	0.64-1.89 1.64-3.94 1.04-4.12	- - -								
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.22	1.14-1.32	-	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)			<0.01												
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.25	1.15-1.37	- - -	<10 ⁻³	Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.53 2.69 1.38	1.08-5.90 1.49-4.85 0.82-2.33	- - -	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score) 1 2 3 4 5	2.01 3.27 2.40 5.96 6.44	1.18-3.41 1.93-5.56 1.25-4.64 3.09-11.48 2.57-16.16	- - - - -								
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.20	1.14-1.28	-	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout)			<10 ⁻³												
Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	0.78	0.51-1.22	- - -	>0.10	Plutôt non Plutôt oui	1.68 2.15	0.99-2.85 1.17-3.94	- -												
					Oui tout à fait	5.99	3.00-11.97	-												

Annexe 26. Relations entre la consommation de médicaments musculosquelettiques attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.89	0.81-0.98	<0.05	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.58	1.53-8.36	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.16	1.07-1.25	<10 ⁻³		2.53	1.30-4.91	-	
					1.59	0.92-2.75	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.20	1.09-1.32	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.07	1.16-8.11	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.14	1.06-1.21	<10 ⁻³		2.23	1.14-4.38	-	
					1.49	0.85-2.61	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.34	0.90-2.01	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	1.21	0.48-3.04	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.00	0.66-1.51	>0.10		1.86	1.00-3.48	-	
					1.21	0.71-2.06	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.57	0.82-3.02	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.60	0.93-2.73	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		1.66	0.88-3.12	-	
Non pas du tout	1.64	0.72-3.74	-		3.95	1.90-8.22	-	
Plutôt non	1.83	1.04-3.22	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.67	1.07-2.62	-	
Plutôt oui	1.12	0.69-1.80	-		1.96	1.12-3.44	-	
					1.84	0.83-4.09	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			<0.01	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	0.51	0.17-1.56	-	
Non pas du tout	1.60	0.70-3.68	-		2.26	1.26-4.05	-	
Plutôt non	2.42	1.39-4.21	-		1.29	0.79-2.12	-	
Plutôt oui	1.18	0.71-1.98	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	2.00	1.16-3.47	-
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			>0.10		2	2.85	1.63-4.97	-
Non pas du tout	1.61	0.72-3.60	-		3	2.02	1.01-4.05	-
Plutôt non	1.86	0.94-3.68	-		4	4.09	1.95-8.56	-
Plutôt oui	1.76	0.95-3.26	-		5	3.73	1.34-10.36	-
								<10 ⁻³

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction à la maison.

Annexe 27. Relations entre la consommation d’anxiolytiques/hypnotiques/sédatifs attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p
Genre (Référence homme) Femme	2.15	1.44-3.19	<10 ⁻³	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.38	0.94-2.02	>0.10	Peur perdre l’emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	2.00 3.00 6.89	1.26-3.17 1.74-5.20 3.72-12.78	<10 ⁻³ - -
Âge (Référence 15-24) 25-34 35-44 45-54 55 et plus Non répondant	2.13 1.64 3.46 4.33 0.70	0.98-4.65 0.72-3.75 1.59-7.54 1.88-9.97 0.09-5.71	<10 ⁻³ - - - -	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.28	0.86-1.89	>0.10				
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier) Cadre Profession intermédiaire Employé	1.37 1.37 2.15	0.66-2.85 0.67-2.82 1.12-4.14	<0.05 - - -	Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.06	0.53-2.12	>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.69 3.66 1.34	1.84-7.41 2.09-6.40 0.80-2.25	<10 ⁻³ - -
				Apprendre des choses (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.60 2.69 1.41	1.76-7.37 1.57-4.61 0.89-2.24	<10 ⁻³ - -				
				Travail varié (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.33 1.70 1.05	1.14-4.75 1.00-2.90 0.66-1.67	<0.05 - -				
Type de visite (Référence visite d’embauche) Périodique Reprise Pré-reprise A la demande Non répondant	1.07 4.95 16.72 11.96 1.08	0.59-1.93 2.70-9.07 8.06-34.67 6.83-20.94 0.14-8.18	<10 ⁻³ - - - -	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	4.96 2.84 1.61	2.50-9.84 1.48-5.44 0.86-3.00	<10 ⁻³ - -	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	3.49 0.32 1.57	2.24-5.46 0.12-0.83 0.67-3.66	<10 ⁻³ - -
Contrat de travail (Référence CDI) CDD Autre Non répondant	0.53 0.69 -	0.24-1.14 0.25-1.91 -	>0.10 >0.10 -	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.99 4.55 1.59	0.57-1.72 2.96-7.00 0.76-3.29	<10 ⁻³ - -				
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.63	0.59-0.68	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	15.60 7.06 1.79	7.60-31.99 3.76-13.25 0.98-3.28	<10 ⁻³ - -	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.61 2.68 1.22	0.38-0.98 1.66-4.33 0.59-2.52	<10 ⁻³ - -
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.79	0.72-0.86	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	23.55 6.39 2.25	10.84-51.13 3.02-13.51 1.10-4.62	<10 ⁻³ - -	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.85 5.30 2.03	0.43-1.68 3.38-8.30 0.91-4.51	<10 ⁻³ - -
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.28	1.18-1.38	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui	1.75 5.78 10.74	0.93-3.29 3.08-10.83 5.17-22.31	<10 ⁻³ - -	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score) 1 2 3 4 5	1.55 3.47 7.68 9.01 30.71	0.79-3.02 1.89-6.38 4.35-13.54 4.58-17.74 14.97-62.99	<10 ⁻³ - - - -
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.36	1.24-1.49	<10 ⁻³	Enquêteur (Référence médecin) Infirmier	0.47	0.28-0.78	<0.01				

Annexe 28. Relations entre la consommation d’anxiolytiques/hypnotiques/sédatifs attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.73	0.67-0.80	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	6.14	2.75-13.71	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.17	1.08-1.27	<10 ⁻³		2.90	1.44-5.82	-	
					1.33	0.71-2.49	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.20	1.09-1.32	<10 ⁻³	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	7.79	3.07-19.76	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.32	1.23-1.42	<10 ⁻³		4.49	2.10-9.62	-	
					1.62	0.79-3.29	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.39	0.92-2.11	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	9.25	3.98-21.48	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.14	0.74-1.73	>0.10		3.92	1.79-8.61	-	
					1.82	0.88-3.79	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	1.27	0.59-2.70	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	1.47	0.77-2.81	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		3.44	1.77-6.67	-	
Non pas du tout	1.56	0.70-3.50	-		5.36	2.44-11.77	-	
Plutôt non	1.46	0.81-2.65	-	Peur perdre l’emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait			<0.01	
Plutôt oui	1.00	0.61-1.64	-		1.86	1.15-3.03	-	
					1.95	1.08-3.52	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	3.28	1.66-6.50	-	
Non pas du tout	1.21	0.55-2.69	-				<10 ⁻³	
Plutôt non	1.03	0.58-1.84	-		2.02	0.95-4.30	-	
Plutôt oui	0.79	0.48-1.29	-			-		
							-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<0.08	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1	1.24	0.62-2.47	-
	Non pas du tout	2.28	1.07-4.84		2	2.47	1.30-4.71	-
	Plutôt non	1.61	0.80-3.22		3	4.53	2.42-8.46	-
	Plutôt oui	1.19	0.62-2.27		4	3.19	1.48-6.90	-
					5	11.07	4.81-25.50	-

*Facteurs d’ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction à la maison.

Annexe 29. Relations entre la consommation d'antidépresseurs attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle en analyse univariée.

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Genre (Référence homme) Femme	2.60	1.50-4.50	<0.01	Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.27	0.76-2.12	>0.10	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	2.16 3.87 7.73	1.14-4.09 1.90-7.91 3.43-17.39	<10 ⁻³ - -	
Âge (Référence 15-24)	8.23	1.09-62.28	-	Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	1.03	0.60-1.77	>0.10					
25-34	9.24	1.21-70.47	-	Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.60	0.19-1.93	>0.10					
35-44	16.13	2.16-120.62	-	Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	7.01 5.18 2.77	2.58-19.09 2.11-12.68 1.22-6.29	<10 ⁻³ - -	
45-54	22.29	2.90-171.33	-	Non pas du tout	2.96	1.06-8.20	-					
55 et plus	5.72	0.35-92.34	-	Plutôt non	3.87	1.98-7.54	-					
Non répondant				Plutôt oui	1.29	0.68-2.43	-	Evolution pénibilité (Référence autant) Plus Moins Non répondant	7.19 0.88 0.85	3.89-13.29 0.37-2.10 0.19-3.77	<10 ⁻³ - -	
Catégorie socio-professionnelle (Référence ouvrier)			>0.10	Travail varié (Référence oui tout à fait)			<0.01	Evolution stress (Référence autant) Plus Moins Non répondant	5.54 1.22 1.20	2.78-11.03 0.46-3.21 0.26-5.51	<10 ⁻³ - -	
Cadre	1.44	0.48-4.17	-	Non pas du tout	3.17	1.40-7.19	-					
Profession intermédiaire	2.18	0.81-5.92	-	Plutôt non	1.45	0.72-2.94	-					
Employé	2.55	0.98-6.59	-	Plutôt oui	0.87	0.47-1.62	-	Evolution entraide, coopération (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.54 3.44 0.49	0.24-1.23 2.01-5.89 0.12-2.05	<10 ⁻³ - -	
Type de visite (Référence visite d'embauche)			<10 ⁻³	Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Evolution autonomie (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.40 4.19 0.73	0.19-0.82 2.39-7.34 0.22-2.43	<10 ⁻³ - -	
Périodique	1.02	0.36-2.92	-	Non pas du tout	9.15	3.36-25.90	-					
Reprise	11.17	4.55-27.43	-	Plutôt non	6.05	2.32-15.81	-					
Pré-reprise	43.75	16.52-115.87	-	Plutôt oui	1.39	0.50-3.83	-	Evolution reconnaissance (Référence autant) Plus Moins Non répondant	0.92 7.20 1.07	0.35-2.42 3.85-13.45 0.24-4.78	<10 ⁻³ - -	
A la demande	22.92	9.65-54.43	-	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	1 2 3 4 5	0.63 3.27 6.49 18.71 35.77	0.18-2.23 1.40-7.62 2.93-14.38 8.65-40.51 14.91-85.80	- - - - -
Non répondant	3.44	0.42-28.46	-	Non pas du tout	26.47	9.22-75.88	-					
Contrat de travail (Référence CDI)				Plutôt non	11.14	4.17-29.78	-					
CDD	-	-	-	Plutôt oui	2.83	1.08-7.40	-					
Autre	0.28	0.04-2.05	>0.10	Moyens de travail (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³					
Non répondant	-	-	-	Non pas du tout	81.30	17.79-371.62	-					
Satisfaction au travail (Pour une unité de score)	0.59	0.53-0.65	<10 ⁻³	Plutôt non	30.30	7.19-127.65	-					
				Plutôt oui	4.95	1.16-21.12	-					
Satisfaction hors travail (Pour une unité de score)	0.79	0.71-0.89	<10 ⁻³	Reconnaissance (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³					
				Non pas du tout	30.28	11.24-81.60	-					
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.25	1.13-1.38	<10 ⁻³	Plutôt non	5.21	1.88-14.43	-					
				Plutôt oui	2.01	0.76-5.30	-					
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.46	1.28-1.67	<10 ⁻³	Désapprouvez (Référence non pas du tout)			<10 ⁻³					
				Plutôt non	3.85	1.34-11.04	-					
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.49	1.38-1.61	<10 ⁻³	Plutôt oui	9.09	3.12-26.52	-					
				Oui tout à fait	21.02	6.68-66.20	-					
Enquêteur (Référence médecin)												
Infirmier	0.12	0.04-0.39	<10 ⁻³									

Annexe 30. Relations entre la consommation d'antidépresseurs attribuées au travail et le vécu du travail. Régression logistique pour chaque variable professionnelle avec ajustement sur les facteurs sociodémographiques et le type de visite médicale*

Variable testée	OR	IC 95%	p	Variable testée	OR	IC 95%	p	
Satisfaction travail (Pour une unité de score)	0.73	0.65-0.82	<10 ⁻³	Entraide, coopération (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	5.94	1.88-18.76	-	
Pénibilité physique (Pour une unité de score)	1.07	0.97-1.19	>0.10		2.72	0.94-7.87	-	
					1.61	0.60-4.33	-	
Pression temporelle (Pour une unité de score)	1.19	1.04-1.36	<0.05	Moyens de travail (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	16.54	3.34-82.03	-	
Score de stress perçu (Pour une unité de score)	1.28	1.17-1.39	<10 ⁻³		9.94	2.23-44.26	-	
					3.07	0.70-13.39	-	
Travail horaires décalés (Référence autre horaire)	1.29	0.74-2.26	>0.10	Reconnaissance (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	9.24	3.12-27.36	-	
Travail horaires irréguliers ou alternés (Référence autre horaire)	0.90	0.50-1.62	>0.10		2.31	0.79-6.79	-	
					1.43	0.53-3.88	-	
Travail de nuit (Référence autre horaire)	0.72	0.21-2.48	>0.10	Désapprouvez (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait	2.91	0.99-8.53	-	
Apprendre des choses (Référence oui tout à fait)			>0.10		3.96	1.31-12.00	-	
Non pas du tout	0.88	0.28-2.72	-		7.77	2.32-25.96	-	
Plutôt non	1.60	0.77-3.35	-	Peur perdre l'emploi (Référence non pas du tout) Plutôt non Plutôt oui Oui tout à fait			<0.09	
Plutôt oui	0.74	0.37-1.46	-		1.88	0.96-3.66	-	
					2.15	0.99-4.64	-	
Travail varié (Référence oui tout à fait)			>0.10	Concilier vie professionnelle – personnelle (Référence oui tout à fait) Non pas du tout Plutôt non Plutôt oui	2.77	1.13-6.80	-	
Non pas du tout	1.62	0.64-4.14	-				<0.07	
Plutôt non	0.72	0.33-1.58	-		3.50	1.19-10.23	-	
Plutôt oui	0.62	0.32-1.19	-	Dégradation (Référence 0 variable) (Pour une unité de score)	3.03	1.19-7.75	-	
					1.98	0.85-4.63	-	
Choisir façon procéder (Référence oui tout à fait)			<10 ⁻³		1	0.42	0.11-1.51	-
Non pas du tout	3.50	1.18-13.40	-		2	1.72	0.71-4.19	-
Plutôt non	3.03	1.09-8.41	-		3	2.41	1.01-5.71	-
Plutôt oui	0.91	0.32-2.61	-		4	4.11	1.70-9.92	-
				5	7.33	2.70-19.91	-	

*Facteurs d'ajustement sociodémographiques : enquêteur (médecin / infirmier), genre (homme / femme), âge, type de visite médicale (embauche, périodique, reprise, pré-reprise, à la demande), type de contrat de travail (CDI / CDD / autre), catégorie socio-professionnelle (cadre / profession intermédiaire / employé / ouvrier), satisfaction à la maison

CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE ET VÉCU DU TRAVAIL DE 3 132 SALARIÉS DE LA REGION TOULOUSAIN

RESUME EN FRANÇAIS :

Dans un contexte où la consommation médicamenteuse est particulièrement importante en France, l'objectif de ce travail était de rechercher l'existence de liens entre cette consommation et les conditions de travail et leur vécu. Notre hypothèse était que le comportement de consommation pouvait être favorisé par un ressenti négatif et qu'à ce titre le recueil et le suivi systématique de la consommation pouvait constituer un indicateur synthétique de la relation santé – travail tant sur le plan individuel que collectif.

Une synthèse des connaissances actuelles a été faite. Une enquête transversale a été réalisée en novembre 2016 à l'aide d'un questionnaire auprès de 3 132 salariés se présentant à tout type de visite médicale au sein d'un service de santé au travail interentreprises de la région toulousaine. Environ la moitié des salariés (1573) avaient consommé au moins un médicament dans les 8 jours précédant le recueil. De nombreux liens ont été retrouvés notamment pour les médicaments psychotropes ainsi que pour les médicaments de la sphère antalgique – musculosquelettique. Ces deux classes médicamenteuses peuvent renvoyer à des pathologies qui constituent les deux plus fréquents motif d'inaptitude.

Le design transversal ne permet pas de conclure sur la nature causale de ces liens et nos résultats justifient la poursuite de travaux par des études longitudinales ainsi que dans d'autres secteurs d'activité comme le secteur agricole et le secteur public.

TITRE EN ANGLAIS: Drug consumption and work experience for 3 132 employees in the Toulouse region

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique : Médecine et Santé au travail

MOTS-CLÉS : médecine du travail, consommation médicamenteuse, vécu du travail, risques psychosociaux, épidémiologie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Michel NIEZBORALA