



**L'usage des médicaments
psychotropes chez les
travailleurs : prévalence,
déterminants et conséquences**

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-35854-6
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Premier trimestre 2000

Le genre masculin utilisé dans ce document
désigne aussi bien les femmes que les hommes.

**L'usage des médicaments psychotropes
chez les travailleurs : prévalence,
déterminants et conséquences**

Par

**Jocelyne Moisan
Isabelle Chabot
Jean-Pierre Grégoire**

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Mars 2000**

NOTES SUR LES AUTEURS

Jocelyne Moisan a un doctorat en épidémiologie. Elle est professeure agrégée à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et membre du Groupe de recherche en épidémiologie du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Elle poursuit des travaux de recherche dans divers domaines de la pharmaco-épidémiologie. Elle s'intéresse, entre autres, aux déterminants de l'usage des médicaments, principalement aux déterminants de l'usage des médicaments psychotropes en milieu de travail.

Jean-Pierre Grégoire est respectivement titulaire d'une maîtrise en santé publique de l'Université du Texas et d'un doctorat en santé communautaire de l'Université de Montréal. Il est professeur titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et chercheur au Groupe de recherche en épidémiologie du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Ses principales activités de recherche s'inscrivent dans les domaines de la pharmaco-épidémiologie, de la pharmaco-économie et des politiques pharmaceutiques.

Isabelle Chabot a un baccalauréat en pharmacie et une maîtrise en pharmacie hospitalière. Elle poursuit présentement des études de doctorat en pharmaco-épidémiologie à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Tout au long de ses études doctorales, Isabelle Chabot a travaillé comme assistante de recherche avec Jocelyne Moisan et Jean-Pierre Grégoire.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	<i>i</i>
AVANT-PROPOS.....	<i>ii</i>
INTRODUCTION	1
La problématique	1
Le contenu du document.....	2
La méthode	2
CHAPITRE 1 : LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	5
1.1 Qu'est-ce qu'un médicament psychotrope?.....	5
1.2 Les antipsychotiques	8
1.3 Les anxiolytiques.....	9
1.4 Les hypnotiques et sédatifs	11
1.5 Les antidépresseurs	12
1.6 Les opiacés	13
1.7 Les problèmes liés à l'usage des médicaments psychotropes	14
CHAPITRE 2 : L'USAGE DES PSYCHOTROPES	18
2.1 La mesure de l'usage des psychotropes	18
2.2 La prévalence de l'usage des psychotropes.....	20
2.3 L'identification des facteurs associés à l'usage des psychotropes	21
2.4 Les facteurs associés à l'usage dans la population en général	22
2.5 Les facteurs associés à l'usage chez les travailleurs	24
CHAPITRE 3 : LES EFFETS DE L'USAGE DES PSYCHOTROPES CHEZ LES TRAVAILLEURS	28
CHAPITRE 4 : DES OPINIONS SUR L'USAGE DES PSYCHOTROPES CHEZ LES TRAVAILLEURS	31
CONCLUSION ET PISTES D'ACTION.....	36
La recherche.....	36
L'information et la formation	37
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39
ANNEXE 1	
Médicaments du système nerveux selon la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC)	44
ANNEXE 2	
Médicaments du système nerveux selon la classification "American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme"	46

ANNEXE 3

Liste des médicaments psychotropes et classification selon le système Anatomique, Chimique, Thérapeutique ainsi que selon le système utilisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec	48
--	----

ANNEXE 4

Liste des principaux noms de marque des médicaments psychotropes disponibles au Québec	53
--	----

ANNEXE 5

Distribution des travailleurs selon certaines variables et selon qu'ils ont rapporté avoir utilisé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois; rapports de cotes ajustés et intervalles de confiance à 95 % pour les variables incluses dans le modèle d'analyse multivariée	57
---	----

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les personnes consultées afin d'obtenir leur opinion sur les problèmes reliés à l'utilisation des médicaments psychotropes chez les travailleurs québécois. Il s'agit de :

Michèle Bachand, Confédération des syndicats nationaux.
Marie-Andrée Bastien, Conseil du patronat.
Clément Beaucage, CLSC Haute-Ville-des-Rivières.
Yolande Bellefleur, Ordre des pharmaciens du Québec.
Diane Bernatchez, Centre hospitalier Pierre-Boucher.
Marjolaine Boivin, Commission de la santé sécurité du travail.
Denise Brodeur, Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec.
Michèle Cousineau, Commission de la santé sécurité du travail.
Claude Gagné, Fédération des travailleurs du Québec, Conseil régional, Montréal métropolitain.
Jacques Lamarre, Jacques Lamarre et associés.
Benoît Lavallée, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.
Michel Lavoie, Centre de santé publique de Québec.
Nicole Lepage, Centrale de l'enseignement du Québec.
Renée Liboiron, Conseil du patronat.
Patrick Loiselle, PréviCAP.
Romaine Malenfant, CLSC Haute-Ville-des-Rivières.
Marie-France Maranda, Faculté des sciences de l'Éducation, Université Laval.
Lucie Melançon, Programme d'aide aux employés, Université Laval.
Louise St-Arnaud, Centre de santé publique de Québec.
Micheline St-Jean, Département d'ergothérapie, Université de Montréal.
Francine Tisseur, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.
Fernand Turcotte, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
Michel Vézina, Centre de santé publique de Québec.
(Une personne interrogée a préféré conserver l'anonymat).

Ils tiennent aussi à remercier MM. Luc Bhérer et Yves Gariépy pour les avoir aidés à identifier des sources d'information pertinentes, M. Michel Gaudet qui a partagé les résultats de son travail sur la prévalence de l'usage des psychotropes, a fait des analyses statistiques spécifiquement pour ce document et a commenté le texte, ainsi que Mme Isabelle Côté pour ses commentaires sur le texte.

Enfin, ils remercient mesdames Jocelyne Forget et Louise Nadeau, ainsi que monsieur Don McKay, qui ont procédé à la révision du texte pour le CPLT. Des remerciements sont également adressés à madame Jocelyne Deguire-Rioux pour la mise en page finale du rapport.

AVANT-PROPOS

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller la ministre de la Santé et de Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède régulièrement à des travaux visant à mieux clarifier certains aspects de la problématique, à préciser les liens existants avec d'autres phénomènes sociaux associés, ou encore à dégager les caractéristiques spécifiques de certains sous-groupes de toxicomanes. Le CPLT s'efforce, en permanence, de demeurer à l'écoute des préoccupations des gens du terrain et de tenter de répondre aux interrogations qui surgissent au fur et à mesure de l'évolution du phénomène de toxicomanie. En ce sens, le comité a récemment été appelé, à la demande de certains interlocuteurs des milieux de travail, à se pencher sur la question de la consommation de médicaments psychotropes chez les travailleurs.

Afin de mieux comprendre les implications de cette consommation en milieu de travail, le CPLT a commandé une étude sur le sujet. Le rapport qui suit permet de faire le point sur l'état des connaissances en cette matière et il dégage certaines pistes d'action.

INTRODUCTION

La problématique

L'utilisation des médicaments occupe une place importante dans le système de soins publics. Au Canada, le coût total en médicaments a atteint 10,8 milliards de dollars en 1996 (IMS Canada, 1997). Au cours des dix dernières années, les dépenses en médicaments ont augmenté dans une plus grande proportion que l'ensemble des dépenses de la santé. En 1996, au Canada, la proportion du budget de la santé qui était consacrée aux médicaments atteignait 14,4 % (IMS Canada, 1997). Au Québec, les médicaments et les services pharmaceutiques dispensés aux bénéficiaires du programme public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont coûté près de 1,3 milliards de dollars, au cours de l'année se terminant le 31 mars 1999 (Régie de l'assurance maladie du Québec, 1999).

Les médicaments comportent des bénéfices importants pour la santé et la qualité de vie des gens. On dispose de plus en plus de médicaments qui permettent à la fois de maîtriser les symptômes d'une maladie et d'en contrôler l'évolution. Certains médicaments éliminent la nécessité d'être traité en établissement de santé. Par exemple, les nouveaux antidépresseurs et antipsychotiques ont diminué les hospitalisations pour maladies mentales, ainsi que la durée des hospitalisations. De plus, la recherche sur le développement de nouveaux médicaments aboutit fréquemment à la découverte de moyens thérapeutiques permettant de réduire les effets indésirables. Les médicaments ne sont toutefois bénéfiques que lorsqu'ils sont utilisés à bon escient. L'utilisation est adéquate si une personne qui a besoin d'un médicament reçoit celui qu'il lui faut, à une dose ni trop forte ni trop faible, sans subir de réaction médicamenteuse indésirable, d'interaction entre médicaments ou entre un médicament et des aliments (Hepler et Strand, 1990).

Les médicaments appelés dans l'usage courant "psychotropes" sont parmi les médicaments les plus utilisés. La prévalence de l'utilisation des psychotropes est élevée dans la population en général. Par exemple, en 1992, dans le cadre de l'Enquête Santé Québec, la proportion de québécois de 15 ans ou plus ayant rapporté avoir fait usage de tranquillisants, sédatifs et somnifères au cours des deux jours ayant précédé leur entrevue était de 4,5 % (Santé Québec, 1995).

L'efficacité des psychotropes a été prouvée dans le traitement d'affections spécifiques. Toutefois, ces médicaments ont des effets indésirables souvent importants. Comme les travailleurs sont susceptibles de prendre des psychotropes, il est justifié de se demander si les effets indésirables de ces médicaments peuvent influencer leur performance et augmenter le risque d'accidents de travail.

L'objectif de ce document est de faire le point sur l'usage des médicaments psychotropes en milieu de travail et sur l'effet de cet usage.

Le contenu du document

Dans le présent document, nous nous sommes principalement intéressés à la définition de "médicaments psychotropes", à la prévalence de l'usage de ces médicaments, aux déterminants de cet usage et à ses conséquences en milieu de travail.

Le document comporte quatre chapitres. Dans le premier chapitre, nous présentons des informations sur les médicaments psychotropes. Nous définissons d'abord ces médicaments de façon générale, puis nous décrivons les caractéristiques pharmacologiques, les indications et les effets indésirables spécifiques à chacune des principales classes de psychotropes. Dans le second chapitre, nous présentons des informations sur l'usage des médicaments psychotropes. Nous nous intéressons particulièrement aux problèmes liés à la mesure de leur usage, à la prévalence de leur usage, aux facteurs associés à leur usage dans la population en général, ainsi que dans des populations constituées uniquement de travailleurs. Dans le troisième chapitre, nous présentons les informations que nous avons recueillies dans la documentation scientifique concernant les conséquences de l'usage des psychotropes sur le travail. Les opinions des informateurs que nous avons interrogés sur cette question sont rapportées dans le quatrième chapitre. Enfin, nous concluons et nous dégageons quelques pistes d'action.

La méthode

Les sources d'information utilisées pour la rédaction de ce document sont de trois types : nous avons effectué une recension des écrits, nous avons interrogé des informateurs et nous avons

réalisé des analyses secondaires à partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (Statistique Canada, 1995). Le texte a d'abord été écrit en tenant compte de l'information publiée seulement. Par la suite, nous avons intégré les informations provenant des informateurs. Nous avons identifié de façon systématique la provenance des informations, afin que le lecteur soit en mesure de distinguer les opinions des personnes interrogées, des données provenant de la documentation scientifique.

Pour effectuer la recension des écrits, nous avons consulté quatre types de documents : des volumes généraux, des documents électroniques, des rapports et des articles scientifiques. Nous avons extrait de volumes de pharmacothérapie les informations générales concernant les médicaments. Notre objectif n'étant pas de présenter des informations spécialisées sur les médicaments, nous n'avons pas considéré nécessaire de référer aux études originales. Les informations sur les facteurs associés à l'usage des médicaments et sur leur influence sur le travail ont été tirées principalement d'articles publiés. Afin d'identifier ces articles, nous avons consulté les banques de références *Medline*, *Sociofile*, *Psyclit*, *Dissertation Abstracts* et *Current Contents*. Dans chacune de ces banques, nous avons mené des recherches en combinant les mots-clés *drug*, *psychotropic*, *antidepressant*, *benzodiazepine* et *narcotic*, aux mots-clés *absenteeism*, *abuse*, *accident*, *dependence*, *driving*, *job*, *work* et *worker*.

Nous avons ainsi identifié plusieurs centaines d'articles. En consultant le titre et le résumé, lorsqu'il était disponible, de chaque article, nous avons identifié ceux qui nous semblaient pertinents pour le présent document. Nous avons éliminé les études qui : 1) portaient sur des médicaments appartenant à d'autres classes que celles des psychotropes; 2) présentaient uniquement des informations sur les drogues illicites; 3) avaient été menées auprès de personnes âgées de 65 ans ou plus; 4) avaient été faites dans des populations de personnes vivant en institution.

Comme nous avons trouvé très peu d'articles sur l'effet de l'usage de psychotropes sur le travail, nous avons effectué de nouvelles recherches dans les mêmes banques de références. Les accidents et l'absentéisme nous paraissant être les effets négatifs les plus probables de l'usage des psychotropes chez les travailleurs, nous avons combiné les mots-clés *work* et *accident* et utilisé le

mot *absenteeism* seul. Nous avons aussi révisé toutes les références de chacun des articles sélectionnés.

Finalement, nous avons consulté les sites électroniques de l'*Occupational Safety and Health Administration*, de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les informateurs ont été sélectionnés afin de représenter différents milieux de travail et différentes perspectives. Nous avons d'abord rejoint les personnes qui nous avaient été suggérées par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie et les personnes qui, à notre avis, pouvaient avoir une opinion sur le sujet qui nous intéresse ici. Nous avons demandé à la majorité des personnes rejointes d'identifier d'autres personnes susceptibles de nous donner un avis. Toutes les entrevues ont été faites par téléphone, à l'aide d'un questionnaire semi-structuré.

1.1 QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT PSYCHOTROPE?

Dans le grand dictionnaire terminologique de l'Office de la langue française, un psychotrope est défini comme une " substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui est susceptible de modifier l'activité mentale et dont l'action essentielle s'exerce au niveau du système nerveux central et indirectement mais régulièrement sur le psychisme" (Office de la langue française). Cette définition est accompagnée de la note suivante : "Les médicaments psychotropes englobent des agents très divers, y compris ceux qui modifient le comportement par action directe ou indirecte sur le système nerveux central ou par action périphérique". On parle aussi des médicaments psychotropes comme étant ceux "utilisés principalement pour leurs effets sur la conscience, l'humeur et la perception des environnements interne et externe"¹ (Kalant, 1998).

Il n'y a pas de définition opérationnelle du terme « psychotrope ». En fait, ce terme peut englober de nombreux médicaments. Nous avons donc crû utile de définir d'abord ce que nous entendons par médicament psychotrope. Nous utiliserons, pour ce faire, les deux systèmes de classification des médicaments les plus fréquemment utilisés, soit la classification Anatomique, Thérapeutique, Chimique (classification ATC) (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2000) et la classification utilisées par la RAMQ, celle de "*the American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme*".

La classification ATC, recommandée par l'OMS et adoptée par la Direction générale de la protection de la santé, répartit les médicaments en catégories selon leur site d'action et leurs propriétés thérapeutiques et chimiques. Les médicaments sont classés selon cinq niveaux différents : le premier niveau est le niveau anatomique (c'est-à-dire le site d'action dans le corps humain); le second niveau désigne le principal usage thérapeutique; le troisième

¹ Traduction libre des auteurs.

niveau désigne l'usage thérapeutique plus spécifique; le quatrième niveau désigne la classe chimique; le cinquième et dernier niveau est la substance chimique simple (c'est-à-dire le médicament lui-même).

Les psychotropes sont des médicaments du système nerveux. Selon la classification ATC, les médicaments du système nerveux appartiennent à sept sous-groupes : 1) les anesthésiques, 2) les analgésiques, 3) les anti-épileptiques, 4) les anti-parkinsoniens, 5) les psycholeptiques, 6) les psychoanaleptiques et 7) les autres médicaments du système nerveux (Annexe 1). Le terme « psychotrope » n'est pas utilisé dans cette classification. Toutefois, l'usage courant du terme psychotrope nous permet de considérer la plupart des psycholeptiques, certains psychoanaleptiques et certains analgésiques comme psychotropes. Les médicaments de trois sous-groupes de psycholeptiques, c'est-à-dire les antipsychotiques, les anxiolytiques et les hypnotiques et sédatifs peuvent être considérés comme psychotropes. Les antidépresseurs, qui constituent un des sous-groupes de psychoanaleptiques, ainsi que les opiacés qui constituent un sous-groupe des analgésiques peuvent être aussi considérés comme psychotropes.

La RAMQ n'utilise pas la classification ATC pour sa liste de médicaments, mais plutôt celle de *"the American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme"*. Comme son nom l'indique, ce système est principalement utilisé aux États-Unis. C'est une classification pharmacothérapeutique comprenant un code de classification identifiant chaque classe thérapeutique de médicaments. Chaque classe est divisée en sous-classes.

Les médicaments qui nous intéressent ici font partie de la classe des médicaments du système nerveux autonome selon la liste de la RAMQ. Cette classe est divisée en sept sous-classes (Annexe 2). Ces sous-classes sont celles des analgésiques et antipyrétiques, antidotes narcotiques, stimulants du système nerveux central, anticonvulsivants, psychotropes, anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques et finalement autres psychotropes. La RAMQ utilise donc le terme "psychotrope" dans cette classification. Toutefois, la sous-classe des psychotropes ne contient pas tous les médicaments englobés dans la définition

que nous avons retenue. En effet, la sous-classe des psychotropes inclut les antidépresseurs et les tranquillisants, mais pas les autres psychotropes que nous avons identifiés à partir de la classification ATC. Il nous faut donc considérer aussi comme psychotropes certains médicaments des classes des analgésiques et antipyrétiques, des anticonvulsivants, ainsi que des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques.

Il est à noter que le terme narcotique n'est utilisé dans aucune des deux classifications. En fait, sont dits narcotiques "les substances produisant l'assoupissement, la résolution musculaire et l'engourdissement de la sensibilité. Les principaux groupes de substances narcotiques sont les analgésiques morphiniques (narcotiques analgésiques), les hypnotiques barbituriques et les anxiolytiques utilisés à fortes doses" (Baird et Brière, 2000).

Le terme stupéfiant est, par ailleurs, bien défini par la loi fédérale sur les stupéfiants. Selon cette loi, le terme stupéfiant désigne une substance visée à l'annexe du règlement sur les stupéfiants ou toute matière en contenant. Appartiennent à cette annexe l'opium, ses alcaloïdes (morphine, codéine), leurs dérivés et leurs succédanés de synthèse; la cocaïne; le chanvre indien; etc. De façon générale, les stupéfiants sont "des substances toxiques qui produisent l'inhibition des centres nerveux et dont l'action sédatrice, analgésique et euphorisante peut provoquer à la longue l'accoutumance et la toxicomanie. Ils sont doués d'un effet analgésique narcotique et euphorisant, et leur usage immodéré et prolongé produit un état de tolérance et de dépendance" (Baird et Brière, 2000). Il y a donc, dans la documentation scientifique et dans l'usage courant, une grande confusion entre les termes psychotropes, narcotiques et stupéfiants.

La liste de tous les médicaments, sous leur dénomination commune internationale, que nous appelons dans ce document "psychotropes", ainsi que leur classification selon le système ATC et selon le système utilisé par la RAMQ est reproduite à l'annexe 3. Nous présentons, à l'annexe 4, la liste des principaux noms de marque des médicaments inclus à l'annexe précédente. Les psychotropes qui ne sont pas inscrits à la liste de la RAMQ n'ont pas été retenus.

Les principales indications et les principaux effets des diverses classes de médicaments que nous appelons ici psychotropes sont décrites brièvement dans les sections qui suivent.

1.2 LES ANTIPSYCHOTIQUES

Les antipsychotiques, comme leur nom l'indique, constituent une classe de médicaments utilisés pour traiter les psychoses (Kapur et Seeman, 1998). Les psychoses se présentent notamment chez les patients souffrant de démence sévère. C'est toutefois chez les gens atteints de schizophrénie que l'on observe le plus souvent un état psychotique.

La schizophrénie se manifeste généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 1997). Elle est caractérisée par des symptômes psychotiques dit négatifs ou positifs. Les symptômes négatifs suivants peuvent être rencontrés: un manque d'énergie ou de volonté, des troubles de l'attention, un retrait social ou une absence d'affect. Quant aux symptômes positifs, ils prennent la forme d'hallucinations, de délires, de comportements bizarres, d'agressivité ou de troubles de la pensée.

L'usage d'antipsychotiques a pour but de diminuer ou d'éliminer les symptômes psychotiques. Les antipsychotiques se divisent en deux sous-classes: les typiques et les atypiques.

Les antipsychotiques typiques comme la chlorpromazine et l'halopéridol ont été les premiers médicaments à soulager efficacement les symptômes de la schizophrénie. Malheureusement, ces médicaments sont peu efficaces contre les symptômes psychotiques négatifs et ils entraînent des effets indésirables chez pratiquement tous les utilisateurs (Kapur et Seeman, 1998). Les principaux effets indésirables des antipsychotiques typiques sont les réactions extra-pyramidales (akinésie, rigidité, tremblements, akathisie, dyskinésie, dystonie) et les effets anticholinergiques (augmentation du rythme cardiaque, constipation, rétention urinaire, sécheresse de la bouche, etc.). Ces effets peuvent empêcher les utilisateurs d'antipsychotiques d'accomplir certaines tâches de la vie quotidienne et peuvent réduire de façon importante leur qualité de vie.

Les antipsychotiques atypiques (clozapine, rispéridone, olanzapine et quétiapine) sont plus efficaces que les typiques pour soulager les symptômes négatifs. Ils offrent également l'avantage d'être beaucoup moins associés que les autres antipsychotiques à l'apparition d'effets indésirables extra-pyramidaux (Markowitz, Brown et Moore, 1999, Malla, Norman et Voruganti, 1999).

1.3 LES ANXIOLYTIQUES

Les anxiolytiques sont des médicaments utilisés pour diminuer l'anxiété (Sellers, Khanna et Romach, 1998). À l'intérieur de cette classe de médicaments trônent les benzodiazépines. Ces dernières sont les médicaments de premier choix pour traiter l'anxiété (Kirkwood, 1999).

Même si certaines benzodiazépines sont classées dans la catégorie des anxiolytiques et d'autres dans la catégorie des sédatifs-hypnotiques selon le système de classification ATC, toutes les benzodiazépines ont des propriétés appartenant à ces deux catégories. En effet, aux doses recommandées pour réduire l'anxiété, les benzodiazépines causent seulement un peu de sédation. Par contre, lorsqu'elles sont administrées à des doses plus élevées, les benzodiazépines procurent un effet hypnotique. Trois benzodiazépines inscrites à la liste de la RAMQ, le flurazépam, le témazépam et le triazolam ont un effet hypnotique puissant et sont ainsi classées comme sédatifs-hypnotiques dans le système ATC. Les autres benzodiazépines inscrites à la liste de la RAMQ sont l'alprazolam, le chlrodiazépoxyde, le diazépam (valium), le lorazépam (ativan) et l'oxazépam. Ces dernières benzodiazépines sont classées dans la catégorie des anxiolytiques dans le système ATC.

En plus d'être indiquées dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie, les benzodiazépines peuvent être utilisées comme anti-convulsivants (ex. : diazepam, clonazepam, clobazam) ou comme relaxants musculaires (ex. : diazepam) (Sellers, Khanna et Romach, 1998).

Les benzodiazépines ont la réputation d'être des médicaments sécuritaires. Leur usage s'accompagne toutefois d'effets indésirables mineurs, tels une diminution de la vigilance, de l'amnésie antérograde, de l'ataxie et de la léthargie (Sellers, Khanna et Romach, 1998).

À la longue, l'organisme humain développe une tolérance à certains effets thérapeutiques et indésirables des benzodiazépines. Cette tolérance apparaît rapidement avec le triazolam : moins de deux semaines suffisent (Jermain, 1999). Après quatre semaines de consommation, l'organisme développe aussi une dépendance physique à ces médicaments. Dans un tel cas, des symptômes de sevrage peuvent se manifester lors d'un arrêt brusque de traitement (Sellers, Khanna et Romach, 1998).

Les benzodiazépines possèdent des caractéristiques pharmacologiques qui guident leur usage (Kirkwood, 1999). C'est le cas notamment de leur demie-vie d'élimination qui correspond au temps que met l'organisme à éliminer la moitié d'une dose ingérée de médicament. Cette dernière est longue (supérieure à 20 heures) pour le clonazépam, le diazépam et le flurazépam. La demie-vie est intermédiaire (entre 10 et 20 heures) pour l'alprazolam, le témazépam et le lorazépam. L'oxazépam est par ailleurs connu pour sa demie-vie courte (entre 5 et 10 heures). Enfin, le triazolam a une demie-vie très courte, c'est-à-dire de moins de cinq heures.

L'usage répété de benzodiazépines a pour effet d'entraîner une accumulation dans l'organisme. Cette accumulation dépend notamment de l'intervalle entre chacune des doses et de la demi-vie d'élimination. Ces deux paramètres détermineront en effet le temps que mettra l'organisme humain pour se débarrasser complètement du médicament.

Les benzodiazépines possédant une courte demie-vie, à l'inverse de celles qui en ont une longue, s'accumulent moins dans l'organisme suite à un usage répété (Kirkwood, 1999). C'est pourquoi on les recommande aux personnes âgées. L'usage d'une benzodiazépine à courte demi-vie au moment de se mettre au lit ne gênera généralement pas, le lendemain, l'accomplissement d'activités requérant de la vigilance. À l'inverse, l'usage de fortes doses de benzodiazépines ayant une longue demi-vie peut s'accompagner de sédation pendant la

journée et, en conséquence, diminuer la performance. Cette diminution de la vigilance peut être très marquée chez les gens qui consomment de l'alcool en plus de faire usage d'une benzodiazépine à longue demi-vie (Jermain, 1999). On sait aussi que l'usage de benzodiazépines à longue demi-vie augmente le risque de fracture de la hanche chez les personnes âgées (Ray, Fought et Decker, 1992).

Les experts consultés par le Conseil consultatif de pharmacologie du Québec sont d'avis que l'usage d'une benzodiazépine doit être le plus bref possible et à la posologie minimale efficace (Conseil consultatif de pharmacologie, 1997). Chez les individus souffrant de troubles anxieux, le traitement devrait durer entre quatre et six semaines à moins que les troubles ne soient chroniques. Dans un tel cas, la buspirone ou les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent des options intéressantes. Les ISRS constituent d'ailleurs le traitement de premier choix chez les personnes atteintes de troubles de panique.

1.4 LES HYPNOTIQUES ET SÉDATIFS

Les hypnotiques et sédatifs regroupent notamment les médicaments barbituriques, quelques benzodiazépines utilisées exclusivement comme hypnotiques et certains autres médicaments apparentés aux benzodiazépines.

Les barbituriques sont des médicaments qui ont été remplacés par les benzodiazépines dont l'usage est plus sécuritaire. L'usage chronique des barbituriques entraîne de la tolérance, de la dépendance physique et des symptômes de sevrage (Sellers, Khanna et Romach, 1998). Contrairement à ce qui se produit avec les benzodiazépines, une surdose de barbituriques peut être fatale. Les barbituriques sont désormais réservés au traitement de l'épilepsie.

Les benzodiazépines utilisées exclusivement comme hypnotiques sont le flurazépan, le témazépan et le triazolam. Suite à un usage prolongé de ces médicaments, leur arrêt brusque peut entraîner une insomnie rebond. Afin d'éviter ce problème, le traitement ne devrait pas dépasser trois semaines pour le flurazépan ou le témazépan et deux semaines

pour le triazolam. Si la durée du traitement excède ces recommandations, la dose de l'hypnotique devra être diminuée graduellement afin d'atténuer l'insomnie rebond. Selon Busto (Busto, 1999), les benzodiazépines administrées dans le but de traiter les troubles du sommeil sont parfois utilisées davantage pour prévenir l'insomnie rebond associée à un sevrage des benzodiazépines que pour induire le sommeil.

Parmi les autres médicaments utilisés pour améliorer le sommeil, le zolpidem partage plusieurs caractéristiques des benzodiazépines sans en être une. Sa demie-vie est très courte et son effet dure de six à huit heures (Jermain, 1999). Les effets secondaires de ce médicament sont à peu près les mêmes que ceux associés aux benzodiazépines. Toutefois, le zolpidem n'induirait pas de tolérance et les gens qui en consomment pendant une période prolongée ne deviennent pas dépendants. Au lendemain de sa prise, ce médicament n'a aucun effet sur les capacités psychomotrices. Ce médicament n'est toutefois pas inscrit sur la liste des médicaments remboursés par la RAMQ.

1.5 LES ANTIDÉPRESSEURS

Les antidépresseurs sont utiles pour traiter les désordres affectifs majeurs comme la dépression majeure. Une dépression majeure se caractérise par un état dépressif soutenu pendant au moins deux semaines ou par une perte d'intérêt ou de plaisir à mener des activités. Un individu qui souffre de dépression majeure vit également d'autres problèmes, notamment de la difficulté à dormir, une perte d'énergie ou une augmentation du poids.

Il existe quatre classes chimiques de médicaments antidépresseurs : les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les autres antidépresseurs.

Les plus anciens antidépresseurs, ceux de la classe des tricycliques, sont des inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la monoamine (ex. : amitriptyline, clomipramine, imipramine, nortriptyline). Ces antidépresseurs sont de plus en plus remplacés par les ISRS tels que la fluoxétine, la paroxétine et la sertraline, chez les gens déprimés (Anonymous, 1994). Aux premiers, sont associés de fréquents effets indésirables dont une diminution de la vigilance et

des effets de nature anticholinergique : sécheresse de la bouche, hypotension orthostatique, augmentation du rythme cardiaque, constipation, rétention urinaire, glaucome (Warsh et Khanna, 1998). Quant aux ISRS, peu d'effets indésirables leur sont habituellement associés. Les plus fréquents sont les nausées et les maux de tête. En général, les ISRS ne causent pas de somnolence. Ces médicaments entraînent toutefois des problèmes de la fonction sexuelle : de l'anorgasmie chez les femmes et un retard ou absence d'éjaculation chez les hommes.

Les autres antidépresseurs sont moins utilisés. C'est le cas des IMAO comme la tranlycypromine. Les IMAO peuvent entre autres causer de l'hypertension artérielle, de l'agitation ou de la tachycardie. De plus, ce sont des médicaments qui sont impliqués dans des interactions dangereuses avec d'autres médicaments ou certains aliments. Par exemple, les individus qui font usage d'un IMAO ne doivent pas consommer d'aliments riches en tyramine comme les fromages vieillis, les bananes, le vin, la bière ou le yogourt. Le cas échéant, il peut en résulter une crise hypertensive. En raison de leurs effets indésirables, les IMAO sont réservés aux traitements de deuxième intention (Warsh et Khanna, 1998).

Tout comme les IMAO, les autres antidépresseurs sont des médicaments de deuxième intention. Parmi ces médicaments, la venlafaxine serait aussi efficace que les ISRS alors que la trazodone le serait moins (Anonymous, 1994). Les effets indésirables de la venlafaxine sont semblables à ceux causés par les ISRS. Les effets indésirables les plus fréquents de la trazodone sont la nausée, l'hypotension orthostatique et la sédation.

1.6 LES OPIACÉS

La plupart des médicaments de la classe des opiacés ont des effets apparentés à ceux de la morphine (Kalant, 1998). Le soulagement de la douleur constitue leur principale indication. Ces médicaments permettent de soulager tous les types de douleur qu'elles soient viscérales, cutanées ou somatiques. Les opiacés sont aussi utilisés comme sédatifs avant une intervention chirurgicale, pour aider la respiration de gens souffrant d'insuffisance cardiaque ventriculaire gauche, pour soulager la diarrhée ou supprimer le réflexe de la toux. Parmi leurs effets secondaires, notons l'effet euphorisant, la sédation, l'excitation, la constipation, les nausées et vomissements, et le risque de dépression respiratoire.

1.7 LES PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Comme nous l'avons décrit précédemment, les médicaments psychotropes ont de multiples indications. Utilisés de façon appropriée, ces médicaments sont d'une grande utilité. Toutefois, ils peuvent provoquer des effets indésirables qu'il faut traiter. De plus, les médicaments psychotropes ne sont pas toujours utilisés tel que recommandé par l'évidence scientifique.

Les effets indésirables

Tous les psychotropes sont susceptibles de provoquer des effets indésirables. Or, il peut être nécessaire de consommer d'autres médicaments, parfois des médicaments du système nerveux central, pour soulager ou prévenir ces effets. C'est le cas, en particulier, des antipsychotiques dont les effets extra-pyramidaux peuvent être contrôlés en partie à l'aide de médicaments anticholinergiques comme la benzotropine (Kapur et Seeman, 1998). L'ajout de médicaments augmente la complexité du traitement et peut amener l'apparition d'autres effets indésirables.

Les interactions

Certains médicaments psychotropes interagissent avec d'autres substances. Par exemple, la combinaison de l'alcool et d'une benzodiazépine peut diminuer les capacités à conduire un véhicule de façon plus importante que ce qui est causé par la consommation de la même quantité de chaque substance prise seule (Sellers, Khanna et Romach, 1998). Les interactions entre les benzodiazépines, les analgésiques, les antihistaminiques, les phénothiazines et les antidépresseurs tricycliques sont aussi bien documentés. En fait, il n'est pas recommandé de conduire un véhicule ou de faire une activité comportant des risques lorsqu'on consomme une benzodiazépine et une autre substance psychoactive.

Les IMAO augmentent aussi l'effet de plusieurs autres substances comme l'alcool, les hypnotiques et sédatifs, les anesthésiques généraux, les opioïdes et les autres analgésiques (Warsh et Khanna, 1998). Comme nous l'avons déjà écrit plus haut, les substances contenant de la tyramine ne doivent pas être consommées par les gens traités avec un IMAO.

La prise simultanée de certains médicaments psychotropes avec d'autres médicaments peut aussi causer des effets indésirables importants au niveau d'autres systèmes anatomiques que le système nerveux central. Il faut donc que l'usage de ces médicaments soit supervisé de près par les médecins et les pharmaciens.

L'usage non approprié

Il existe plusieurs types d'usage non approprié. Une mauvaise adhésion de l'individu au traitement qui lui est prescrit constitue un premier exemple. L'adhésion d'une personne à son traitement, aussi appelé observance, se mesure par la correspondance qui existe entre les modalités du traitement qui a été prescrit et l'usage que fait la personne de ce traitement (Haynes, Taylor et Sacket, 1979). Le manque d'adhésion peut prendre différentes formes selon qu'une personne sous-utilise ou sur-utilise un traitement médicamenteux. Par exemple, une personne peut décider de ne pas entreprendre le traitement qui lui a été prescrit. Elle peut aussi l'entreprendre et l'interrompre par la suite. Si elle persiste, elle peut prendre le traitement sans suivre toutes les consignes, par exemple en espaçant les doses ou en ne les prenant pas au moment opportun. Enfin, une personne peut prendre un traitement médicamenteux en plus grande quantité que celle prescrite. Toutes ces manifestations d'un manque d'adhésion peuvent se présenter avec les psychotropes.

La sous-utilisation

Les antipsychotiques peuvent soulager efficacement des états psychotiques. Pour cela, encore faut-il que les personnes qui souffrent de tels états consomment leur médication de façon adéquate. Or, la sous-utilisation d'antipsychotiques et les rechutes qui l'accompagnent sont bien connues. C'est spécialement pour palier à ce problème que dès le début des années 1970, certains antipsychotiques ont été élaborés sous forme injectable à longue durée d'action (Johnson et Freeman, 1972). Les effets indésirables des antipsychotiques seraient en partie responsables de leur sous-utilisation (Meltzer, 1999).

Les antidépresseurs sont aussi susceptibles d'être sous-utilisés. Ce sont des médicaments qui prennent en général quelques semaines avant de diminuer adéquatement les symptômes de la dépression. C'est pourquoi, il arrive que les individus déprimés cessent leur traitement parce qu'ils n'en perçoivent pas les bénéfices ou encore parce qu'ils ressentent des effets indésirables. Mais là s'arrêtent les problèmes de sous-utilisation de psychotropes.

La sur-utilisation

Les anxiolytiques et les sédatifs et hypnotiques sont des psychotropes davantage associés à des problèmes de sur-consommation que de sous-consommation. Comme la plupart de ces médicaments induisent une tolérance et créent une dépendance, plusieurs personnes qui n'auraient dû en prendre que pendant quelques semaines, en prennent de façon prolongée.

Par exemple, une analyse des ordonnances remboursées en 1990 dans le cadre du programme de médicaments administrés par la RAMQ souligne qu'environ 30% des personnes âgées de 65 ans ou plus avaient reçu une benzodiazépine pendant une période de plus de 30 jours (Tamblyn *et al.*, 1994). La sur-utilisation peut aussi prendre la forme d'une exposition plus grande que souhaitable aux médicaments. Les auteurs de l'analyse précédente rapportent que 14% des aînés du Québec avaient reçu, à au moins une occasion, en 1990, deux benzodiazépines ou plus de façon concomitante.

La dépendance

Plusieurs psychotropes sont soupçonnés de provoquer une dépendance physique suite à leur usage. Nous les avons présentés précédemment. Le phénomène de dépendance se caractérise par une perte de contrôle face à l'usage du médicament (Doering, 1999). La dépendance s'accompagne de symptômes physiques qui se manifestent lorsque le traitement cesse. L'exacerbation de l'insomnie est l'un des symptômes de sevrage des benzodiazépines les plus fréquents (Busto *et al.*, 1986). Pour éviter ces symptômes, les individus reprennent le traitement qu'ils ont cessé. Il existe heureusement des moyens de faciliter le sevrage des médicaments, notamment celui des benzodiazépines (Rickels *et al.*, 1990).

L'usage illicite

Il est possible que des médicaments psychotropes ne soient pas utilisés dans le cadre des soins médicaux, mais comme des drogues illicites. Il est toutefois difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène puisque cette activité est illégale et donc cachée.

Les opiacés sont des médicaments susceptibles d'être utilisés de façon illicite. En effet, certains individus utilisent les opiacés non pas pour leur effet analgésique, mais pour leur effet euphorisant. Les sédatifs et hypnotiques peuvent aussi être utilisés de façon illicite.

En 1996, 6 % des Américains de 12 ans ou plus interrogés sur cette question ont rapporté avoir consommé une drogue illicite dans le mois précédant l'entrevue (Doering, 1999). Parmi les substances les plus rapportées, notons la marijuana, la cocaïne et des médicaments d'ordonnance comme les opiacés et les sédatifs et hypnotiques. Les données de l'Enquête sociale et de santé menée par Santé Québec en 1992-1993, indiquent que 12,6 % des québécois âgés de 15 ans ou plus ont consommé des drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête (Santé Québec, 1995). La consommation de drogues était définie comme étant le fait d'avoir fait usage d'une substance illicite ou d'une drogue médicamenteuse obtenue sans ordonnance. Parmi les consommateurs de drogues, 8,2 % avait fait usage de marijuana, 1,9 % de cocaïne, 1,2 % de psychédéliques, 1,7 % de tranquillisants et 1,8 % de barbituriques. Les autres drogues ont été consommées par moins de 1 % de la population.

Les médicaments étant parfois acquis illégalement, par exemple à l'aide de fausses ordonnances, l'Ordre des pharmaciens du Québec a mis en place un système pour détecter ces fausses ordonnances. Du 1^{er} avril 1998 au 31 mars 1999, 123 fausses ordonnances de stupéfiants et 64 fausses ordonnances de benzodiazépines ont été identifiées. Pour la période du 1^{er} avril 1999 au 31 décembre 1999, ces nombres étaient de 116 pour les stupéfiants et de 54 pour les benzodiazépines².

² Ces données nous ont été fournies par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

2.1 LA MESURE DE L'USAGE DES PSYCHOTROPES

Il y a eu beaucoup d'ouvrages portant sur l'usage des psychotropes publiés au cours des 20 dernières années. Toutefois, il est difficile d'interpréter les données disponibles, principalement à cause d'importantes différences méthodologiques entre les études. De plus, les données ayant été recueillies dans des populations variées, il n'est pas toujours possible d'extrapoler des résultats et de transposer dans la population des travailleurs québécois. Nous résumons dans les paragraphes qui suivent les principales difficultés rencontrées dans l'interprétation des données disponibles sur l'usage des psychotropes.

➤ *Diverses sources d'information ont été utilisées.* On a interrogé verbalement ou par écrit l'utilisateur lui-même, son médecin ou son pharmacien; on a recueilli des données dans les dossiers médicaux ou les dossiers de pharmacie; ou utilisé des données disponibles dans les bases de données administratives des programmes d'assurance-médicaments publics ou privés. Toutes ces sources d'information présentent des avantages et des inconvénients les uns par rapport aux autres. Par exemple, les données obtenues des médecins donnent seulement de l'information sur les médicaments prescrits. Celles obtenues des pharmaciens et des bases de données administratives sont considérées plus valides puisqu'elles représentent les médicaments qui ont été achetés.

L'usage de psychotropes peut être sous-estimé dans les enquêtes où on interroge les gens. Certains évitent de dire qu'ils prennent des psychotropes parce que ce comportement n'est pas approuvé socialement ou qu'ils ne veulent pas déclarer être atteints d'une maladie mentale. De plus, la validité des questions posées n'est pas connue dans la plupart des cas. Parfois, des noms de médicaments sont suggérés, parfois la question est générale. Dans la première situation, on peut sous-estimer le nombre d'usagers, certains des répondants ne considérant que les médicaments suggérés. Dans la deuxième situation, on peut surestimer le nombre d'usagers, les

répondants pouvant confondre un médicament psychotrope avec un médicament d'une autre classe. Les données sont estimées plus justement lorsque les investigateurs demandent aux répondants de nommer les médicaments qu'ils ont consommés et qu'ensuite ils classent les médicaments selon un système bien défini. Par exemple, lors de l'Enquête Santé Québec de 1987, les participants devaient répondre à la question suivante : " Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage de tranquillisants, sédatifs ou somnifères ?" Lorsque la réponse était positive, le nom exact du médicament était demandé. Or, 16 % des médicaments rapportés comme des tranquillisants, sédatifs ou somnifères n'en étaient pas (Laurier *et al.*, 1990).

- *Il est difficile de mesurer la validité des données sur les médicaments.* Les outils de collecte de données sont peu décrits et leur validité est rarement rapportée. De plus, il est fréquent que les auteurs des articles ne spécifient pas précisément quels médicaments ils ont considérés. On retrouve dans très peu d'articles une référence au système de classification utilisé.
- *La fréquence de consommation des médicaments psychotropes est rarement prise en compte.* Il est ainsi impossible de distinguer les gens qui consomment peu de médicaments et qui ont donc une faible exposition aux psychotropes, de ceux qui utilisent des doses très élevées et qui ont donc une forte exposition.
- *L'usage de psychotropes peut être mesuré sur différentes périodes de temps.* La prévalence de cet usage est parfois définie pour une période d'une seule journée, parfois de deux jours, d'un mois ou même d'un an. On croit que les biais de mémoire sont plus faibles lorsque la période de rappel est courte. Toutefois, en utilisant une courte période, on peut sous-estimer le nombre d'utilisateurs occasionnels. Évidemment, plus la période d'observation est longue, plus la proportion d'utilisateurs est élevée pour une population donnée.

- *En général, l'usage des médicaments n'est pas seulement influencé par les caractéristiques de celui qui les consomme, mais aussi par l'environnement dans lequel il vit. Il est peut-être hasardeux de transposer à la fin des années 1990, des données recueillies dans les décennies précédentes, à cause de phénomènes comme l'évolution de la pratique médicale, le développement de nouveaux médicaments, la modification des systèmes de santé (l'instauration du régime universel d'assurance-médicaments au Québec a, par exemple modifié l'accessibilité économique aux médicaments pour une part importante de la population), etc. Il peut être aussi hasardeux de comparer des données provenant de pays différents où les cultures concernant les médicaments et les systèmes de santé varient.*

- *Les populations incluses dans les études ne sont pas toujours représentatives de la population générale. Ainsi, on observe habituellement des prévalences d'usage de psychotropes plus élevées dans des populations recrutées à l'hôpital ou dans des cliniques médicales que dans la population générale.*

2.2 LA PRÉVALENCE DE L'USAGE DES PSYCHOTROPES

La prévalence de l'usage de psychotropes varie beaucoup d'une étude à l'autre selon le type de population étudiée, selon la définition de ce qu'est un psychotrope³ et selon la question posée aux sujets participants.

Nous présentons ici les prévalences observées dans diverses populations au cours des dernières années. En Grande-Bretagne, la prévalence de consommation de benzodiazépines mesurée pour une année était de 7,7 % (Dunbar, Perera et Jenner, 1989). En Italie, la prévalence de consommation de psychotropes sur une période de deux semaines a été établie à 4,5 % chez les hommes et à 13 % chez les femmes (Zimmermann-Tansella *et al.*, 1988). Toujours en Italie, on a observé que 15 % des participants à une étude avaient consommé un psychotrope pendant au moins dix jours sur une période de deux semaines

³ Lorsque nous rapportons des informations sur les médicaments spécifiques à une étude, nous utilisons la nomenclature utilisée par les auteurs de cette étude.

(Turrina *et al.*, 1993). Dans la région de l'Isère, en France, la prévalence de consommation de psychotropes mesurée pour une période de trois mois se chiffrait à 14,3 % (Cans et Rotily, 1991). Dans une petite ville, près de Paris, la prévalence de consommation de psychotropes pour une semaine a été estimée à 4,6 % chez les hommes et à 10,2 % chez les femmes (Pariente, Lépine et Lellouch, 1992). Neutel et coll. (Neutel, 1992) rapportent que d'après l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues réalisée au Canada, en 1989, la prévalence de consommation de psychotropes au cours de 30 jours était de 11,9 %.

Par ailleurs, nous disposons de données spécifiques pour le Québec. En 1987, dans le cadre de l'Enquête Santé Québec, la proportion de québécois de 15 ans ou plus ayant rapporté avoir fait usage de tranquillisants, sédatifs et somnifères, au cours des deux jours ayant précédé leur entrevue, était de 5,1 % (Laurier, Dumas et Grégoire, 1992). En 1992-1993, cette proportion était de 4,5 % (Santé Québec, 1995). Lors de cette dernière enquête, plus de femmes (5,9 %) que d'hommes (3,0 %) avaient pris ces médicaments. La proportion d'utilisateurs augmentait avec l'âge. Les prévalences étaient de 0,3 % pour les hommes de 15 à 24 ans et de 0,5 % pour les femmes du même âge; de 1,6 % et 3,3 % respectivement pour les hommes et les femmes de 25 à 44 ans; et de 4,9 % et 9,8 % respectivement pour les hommes et les femmes de 45 à 64 ans.

2.3 L'IDENTIFICATION DES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DES PSYCHOTROPES

Les études dans lesquels on a tenté d'identifier les facteurs associés à l'usage des psychotropes souffrent des mêmes limites que les études rapportées précédemment. De plus, il faut tenir compte de trois limites supplémentaires dans l'interprétation des données sur les facteurs associés. La première limite tient au choix des variables indépendantes prises en compte dans l'analyse; la seconde tient à la construction des modèles d'analyse multivariée⁴. En effet, l'usage des psychotropes, comme tous les autres comportements humains, est influencé par plusieurs facteurs. Certains de ces facteurs sont des

⁴ Une variable dépendante (ici l'usage de psychotropes), comme son nom l'indique, "dépend" en quelque sorte des variables indépendantes. Elle représente le phénomène ou l'événement à décrire. Les variables indépendantes représentent pour leur part les phénomènes ou événements qui influencent la variable dépendante. L'analyse multivariée permet de mesurer la force des associations entre une variable dépendante et plusieurs variables indépendantes. Chacune des mesures d'association entre la variable dépendante et l'une des variables indépendantes tient compte de l'effet simultanée des autres variables indépendantes considérées dans l'analyse (Moisan, Grégoire et Bourbonnais, 1996).

caractéristiques personnelles, comme l'état de santé physique et mentale, l'estime de soi et la capacité de gérer le stress; d'autres concernent l'environnement dans lequel vit l'individu, comme sa situation familiale, l'accessibilité aux services de santé et l'environnement de travail. Évidemment, tous ces facteurs sont reliés entre eux et s'influencent mutuellement. Il est donc très important que ces facteurs soient choisis judicieusement et soient considérés simultanément à l'aide d'analyses multivariées.

La troisième limite tient au fait que la plupart des informations proviennent d'études transversales, c'est-à-dire d'études dans lesquelles on a mesuré au même moment la présence des facteurs et l'usage des psychotropes. Il est donc difficile d'établir dans un tel contexte un lien de causalité. En effet, on ne peut savoir avec certitude si l'exposition au facteur a précédé l'apparition de l'usage des psychotropes.

2.4 LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE DANS LA POPULATION EN GÉNÉRAL

De nombreuses études visant à identifier les variables associées à l'usage des psychotropes ont été publiées au cours des dernières décennies. Les principales observations qu'on peut tirer de la littérature ont été présentées dans un document à la rédaction duquel l'un d'entre nous a participé (Laurier *et al.*, 1990). En résumé, on peut retenir les informations suivantes :

- on rapporte systématiquement une proportion plus élevée d'utilisateurs de tranquillisants, de somnifères ou plus globalement de psychotropes chez les femmes que chez les hommes;
- la plupart des enquêtes indiquent que la proportion d'utilisateurs de tranquillisants, de somnifères ou de psychotropes tend à augmenter avec l'âge;
- l'effet de l'état matrimonial semble varier selon le sexe; ainsi, on a observé que les femmes mariées sont plus souvent consommatrices que les femmes célibataires, alors que le fait d'être marié n'a pas d'impact chez les hommes; de plus, l'utilisation

de tranquillisants, de somnifères ou de psychotropes semble particulièrement populaire chez les personnes veuves, divorcées ou séparées;

- les données relatives à l'association entre le niveau de scolarité, la classe sociale ou le revenu et l'utilisation de psychotropes ne sont pas claires;
- certains auteurs rapportent que les personnes impliquées activement sur le marché du travail présentent des prévalences d'utilisation moins élevées que celles qui ne le sont pas;
- les résultats d'études ayant examiné le lien entre divers indicateurs de l'état de santé et l'utilisation des tranquillisants, somnifères ou psychotropes sont on ne peut plus clairs : l'utilisation de ces substances est nettement liée à l'état de santé physique ou mental;
- il semble exister un lien entre le recours aux tranquillisants, somnifères ou psychotropes et le recours aux services médicaux.

Une analyse visant à identifier les facteurs associés à l'usage de tranquillisants, sédatifs ou somnifères a été faite avec les données de l'Enquête Santé Québec de 1987 (Laurier, Dumas et Grégoire, 1992). On a demandé aux participants s'ils avaient consommé un de ces médicaments au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Selon les résultats de l'analyse multivariée, les facteurs associés à un risque élevé de consommer des tranquillisants, sédatifs ou somnifères sont : être une femme plutôt qu'un homme; avoir entre 40 et 64 ans, ou plus de 65 ans, plutôt que moins de 40 ans; percevoir sa santé comme très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise par rapport à percevoir sa santé comme excellente; souffrir d'une maladie chronique ou d'incapacité physique, contrairement à ne pas avoir une de ces affections; avoir un niveau de détresse psychologique moyen ou élevé par rapport à un faible niveau de détresse psychologique; avoir un niveau moyen ou élevé de stress relié à des événements de la vie par rapport à ne pas avoir un tel stress.

2.5 LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'USAGE CHEZ LES TRAVAILLEURS

Dans l'ensemble, les travailleurs sont en meilleure santé physique et mentale que les autres adultes de la société dans laquelle ils vivent. On appelle ce phénomène "l'effet de bonne santé du travailleur". Toutefois, les travailleurs sont exposés à des contraintes physiques et psychologiques directement reliées au milieu de travail. Il est possible que ces contraintes augmentent leur risque de consommer des psychotropes.

Les chercheurs qui ont étudié des groupes de travailleurs rapportent généralement une prévalence de consommation de psychotropes plus faible que celle observée dans la population générale. Au Danemark, on a observé une prévalence de consommation de tranquillisants et d'hypnotiques de 4,2 % chez des hommes travaillant dans un abattoir (Kristensen, 1991). Parmi un groupe de travailleurs français, la prévalence de consommation d'hypnotiques et de sédatifs a été estimée à environ 21 % pour une semaine (Bancarel *et al.*, 1988). Dans une étude portant sur un groupe de travailleurs français, 6,1 % des hommes et de 11,3 % des femmes ont rapporté avoir consommé des somnifères au moins une fois par semaine au cours d'une année (Jacquinet-Salord *et al.*, 1993). Aux États-Unis, dans un groupe de personnes travaillant dans une petite université, la prévalence de consommation de tranquillisants, de barbituriques et d'amphétamines était de 2,5 % au cours d'un mois et de 5,0 % au cours d'une année (Watts *et al.*, 1991). Chez des professeurs de niveau primaire et secondaire, la prévalence de consommation de tranquillisants, de barbituriques et d'amphétamines a été estimée à 2,5 % pour une consommation remontant à un mois, à 6,9 % pour une consommation remontant à un an et à 28,2 % pour une consommation s'étendant sur toute la vie de l'individu (Watts et Short, 1990). Dans un échantillon d'adultes finlandais, la prévalence de consommation de tranquillisants et d'hypnotiques ajustée pour l'âge était de 6,5 % pour les travailleuses, de 12,8 % pour les femmes sans travail, de 7,5 % pour les femmes au foyer, de 4,1 % pour les hommes occupant un emploi et finalement de 18,6 % pour les hommes sans emploi, et ce, pour une consommation pendant au moins dix jours au cours d'une année (Appelberg *et al.*, 1993). Enfin, nous avons observé une prévalence de 3,9 % de consommateurs de médicaments appartenant aux classes des antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs,

antidépresseurs et psychostimulants pour une période de deux jours dans un échantillon de 2 786 cols blancs de la région de Québec (Moisan *et al.*, 2000).

L'hypothèse selon laquelle les conditions de travail pourraient influencer la santé mentale et physique a été avancée par des chercheurs et des intervenants en santé au travail. L'usage de psychotropes a été considéré dans plusieurs études comme un indicateur de santé mentale ou comme un comportement d'adaptation à des conditions de travail difficiles, voire pénibles. Quelques études ont tenté de mesurer l'effet de l'environnement du travail sur l'usage de médicaments psychotropes. Bien que ces études souffrent des mêmes limites que celles effectuées dans la population générale, nous pouvons tirer les observations suivantes.

L'usage des médicaments psychotropes a été associé à l'exposition simultanée à une demande élevée et à une faible latitude décisionnelle (Karasek, 1979, Storr, Trinkoff et Anthony, 1999, Moisan *et al.*, 2000), au manque de satisfaction au travail (Watts et Short, 1990, Watts *et al.*, 1991), à un niveau élevé de responsabilités (Belin et Montastruc, 1990), à une mauvaise atmosphère de travail (Jacquinet-Salord *et al.*, 1993, Appelberg *et al.*, 1993, Belin et Montastruc, 1990), au fait que le travail soit perçu comme difficile (Bancarel *et al.*, 1988, Spyckerelle *et al.*, 1987), au faible contrôle sur la tâche (Karasek, 1990), aux contraintes de temps (Jacquinet-Salord *et al.*, 1993), au stress élevé dû au travail (Estryn-Behar *et al.*, 1990, Watts *et al.*, 1991), aux contraintes dues à l'horaire de travail (Estryn-Behar *et al.*, 1990), à l'autonomie professionnelle (Watts et Short, 1990) et à la surcharge de travail (Watts et Short, 1990, Estryn-Behar *et al.*, 1990). Toutefois, dans d'autres études, on n'a pas observé d'association entre l'usage des psychotropes et le manque de satisfaction au travail (Guinn, 1983, Spyckerelle *et al.*, 1987), les responsabilités nombreuses au travail (Belin et Montastruc, 1990, Spyckerelle *et al.*, 1987), l'effort physique élevé (Jacquinet-Salord *et al.*, 1993), l'exposition au bruit (Jacquinet-Salord *et al.*, 1993), une mauvaise atmosphère de travail (Kristensen, 1991) et le travail répétitif (Vinet *et al.*, 1989).

Les médicaments sont définis différemment d'une étude à l'autre. Des associations entre les contraintes du travail et l'usage de psychotropes ont été observées pour les tranquillisants (Appelberg *et al.*, 1993, Karasek, 1979, Watts et Short, 1990, Watts *et al.*, 1991), les sédatifs

(Bancarel *et al.*, 1988, Estry-Behar *et al.*, 1990), les hypnotiques (Bancarel *et al.*, 1988), les somnifères (Estry-Behar *et al.*, 1990, Jacquinet-Salord *et al.*, 1993, Karasek, 1979, Karasek, 1990), les anxiolytiques (Belin et Montastruc, 1990), les antidépresseurs (Estry-Behar *et al.*, 1990), les barbituriques (Watts *et al.*, 1991), les benzodiazépines (Belin et Montastruc, 1990), l'ensemble des médicaments appartenant aux classes des antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs et psychostimulants de la classification ATC (Moisan *et al.*, 2000), ou certains médicaments (opiacés, amphétamines, sédatifs/hypnotiques et tranquillisants), mais ceux-ci n'ayant pas été consommés dans le cadre des soins médicaux⁵ (Storr, Trinkoff et Anthony, 1999). Toutefois, dans d'autres études on n'a pas observé d'association avec les tranquillisants (Kristensen, 1991, Vinet *et al.*, 1989), les hypnotiques (Kristensen, 1991) ou les barbituriques (Watts et Short, 1990).

Aussi, comme nous l'avons déjà mentionné, la période d'observation varie selon les études. Des associations ont été observées entre l'usage des psychotropes et les contraintes du travail quand l'usage a été mesuré pour les deux derniers jours (Moisan *et al.*, 2000), pendant la semaine précédente (Bancarel *et al.*, 1988), pendant les huit jours précédents (Belin et Montastruc, 1990), les deux dernières semaines (Karasek, 1979, Karasek, 1990), le mois précédent (Watts et Short, 1990, Watts *et al.*, 1991), les 12 mois précédents (Estry-Behar *et al.*, 1990, Appelberg *et al.*, 1993, Jacquinet-Salord *et al.*, 1993, Watts et Short, 1990) ou pour la vie entière (Watts et Short, 1990). Certains chercheurs n'ont toutefois pas observé d'association lorsqu'ils ont mesuré l'usage sur deux jours (Vinet *et al.*, 1989), sur quatre semaines (Kristensen, 1991) ou sur une année (Watts et Short, 1990).

Huit études ont été menées dans des populations de travailleurs occupant des emplois différents et travaillant dans diverses organisations. Dans chacune de ces études on a observé que l'usage des psychotropes augmentait en présence de contraintes du travail (Bancarel *et al.*, 1988, Jacquinet-Salord *et al.*, 1993, Watts *et al.*, 1991, Appelberg *et al.*, 1993, Spycerelle *et al.*, 1987, Belin et Montastruc, 1990, Karasek, 1979). Cette association a aussi été observée quand la population à l'étude était formée de cols blancs (Karasek, 1990, Moisan

⁵ Il y a usage non médical lorsqu'un médicament est pris sans prescription, en plus grande quantité ou plus souvent que prescrit ou pour des raisons autres que celle pour laquelle il a été prescrit (Storr, Trinkoff et Anthony, 1999).

et al., 2000), d'enseignants (Watts et Short, 1990) ou d'employées d'hôpital (Estry-Behar *et al.*, 1990). Toutefois, on n'a pas observé cette association dans des populations de camionneurs de longues distances (Guinn, 1983), d'employés d'abattoirs (Kristensen, 1991) ou de femmes travaillant dans l'industrie du vêtement (Vinet *et al.*, 1989).

À la lecture des études publiées, on ne peut porter un jugement définitif sur l'effet des contraintes du travail sur l'usage des médicaments psychotropes. Toutefois, il se dégage de l'ensemble des études que les contraintes de travail peuvent influencer la consommation de psychotropes.

Dans les études portant sur l'association entre les contraintes du travail et l'usage des psychotropes, les auteurs n'ont pas tenu compte des autres facteurs ayant été identifiés dans la population générale. Nous n'avons donc pas d'information sur l'ensemble des facteurs associés à l'usage des psychotropes chez les travailleurs. Afin de combler cette lacune, nous avons analysé des données recueillies auprès d'un échantillon de travailleurs canadiens dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée en 1994.

La population étudiée était constituée de 7 234 hommes et femmes âgés de 15 ans et plus qui travaillaient 30 heures ou plus par semaine depuis au moins un mois. Les sujets qui ont rapporté avoir consommé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois ont été classés comme étant des utilisateurs de psychotropes. Le nombre d'utilisateurs de psychotropes était de 278 (3,7 %). Les résultats de l'analyse multivariée montrent que la consommation de psychotropes était plus élevée chez les femmes, les personnes âgées de 35 ans et plus, celles qui avaient une scolarité de niveau universitaire, les fumeurs réguliers et occasionnels, les personnes ayant utilisé des soins de santé au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, les personnes présentant une incapacité physique, celles dont l'indice général de la santé était faible, celles qui présentaient des problèmes de santé chroniques, celles qui avaient un stress élevé suite à des événements vécus récemment ou provenant de l'enfance ou de la vie adulte, les personnes ayant un faible estime de soi, une détresse psychologique élevée, une tension élevée au travail et celles qui étaient insatisfaites de leur travail (les résultats de cette analyse sont présentés à l'annexe 5).

CHAPITRE 3 : LES EFFETS DE L'USAGE DES PSYCHOTROPES CHEZ LES TRAVAILLEURS

Nous avons répertorié très peu de documents portant spécifiquement sur les effets de l'usage des psychotropes sur le travail et les travailleurs. Aussi, avons-nous étendu notre recherche aux documents portant sur les accidents du travail en général et sur les études portant sur l'association entre l'usage des psychotropes et les accidents de la route.

Une étude d'envergure a été menée en Suède (Allgulander et Evanoff, 1990). En 1973, on a recueilli de nombreuses informations (dont l'usage des médicaments) auprès de 31 344 jumeaux âgés de 15 à 47 ans. On a rassemblé des informations sur l'utilisation des services psychiatriques entre les années 1969 et 1983 et sur les décès des participants. Environ 3 % des participants ont dit, en 1973, utiliser des psychotropes régulièrement. L'usage de psychotropes a été associé à une augmentation des congés pour maladie, des périodes de chômage et des changements d'emploi. À un plus faible niveau, cet usage a aussi été associé à la perception de travailler dans un environnement dangereux. L'usage de psychotropes a aussi été associé à un haut niveau de névrotisme, à un haut taux d'hospitalisations pour traitements psychiatriques et à un haut taux de suicides. Les auteurs soulignent que les travailleurs qui consommaient des psychotropes avaient aussi des problèmes de santé mentale et qu'il n'est donc pas possible de distinguer l'effet des médicaments de celui de la maladie.

Dans une étude canadienne, 882 personnes ont fourni des informations sur les accidents qu'ils avaient eu au cours d'une année et sur plusieurs variables, dont leur consommation de somnifères, stimulants ou tranquillisants (MacDonald, 1998). Trente-sept personnes ont rapporté avoir eu un accident de travail. La consommation de médicaments n'a pas été associée à une augmentation du risque d'avoir un accident de travail.

Greenberg et coll. (1999) ont tenté d'estimer la consommation de drogues et d'alcool précédant un accident du travail ayant causé la mort à l'aide des données du *Census of Fatal Occupational Injuries*. En 1993 et en 1994, respectivement 6 331 et 6 832 accidents de travail ayant causé la mort ont été inscrits dans ce registre. Des rapports d'évaluation toxicologiques ont été fournis pour 1 899 décès, en 1993, et 1 242 décès, en 1994. Parmi ces évaluations, 277 (14,6 %) étaient positives, en 1993, et 339 l'étaient, en 1994 (27,3 %). Pour 1993 et 1994

respectivement, des opiacés ont été identifiés dans 35 (1,8 %) et 39 (3,1 %) évaluations toxicologiques, des benzodiazépines dans 24 (1,3 %) et 22 (1,8 %) évaluations et des barbituriques dans six (0,03 %) et 16 (1,3 %) évaluations. Les auteurs soulignent toutefois les limites du registre comme source d'information. Premièrement, des données toxicologiques n'étaient disponibles que pour le quart des décès. Deuxièmement, les évaluations toxicologiques ne tiennent pas compte de la présence simultanée de plusieurs substances. Troisièmement, on n'a pas recueilli de façon systématique les informations sur toutes les substances, et on n'a pas fait les tests sur les mêmes liquides biologiques. Par exemple, dans un état, on a mesuré uniquement la présence d'alcool dans le sang, tandis que dans un autre, on a testé plusieurs drogues dans différents liquides biologiques. Quatrièmement, les auteurs soulignent qu'on connaît mal la toxicocinétique des drogues et de l'alcool après la mort. Finalement, ils soulignent qu'il ne leur a pas été possible de distinguer, d'une part, les personnes décédées immédiatement après leur accident, de celles, d'autre part, qui sont décédées des suites de l'accident, après un séjour à l'hôpital. Il se peut donc que certains des médicaments détectés aient été administrés dans le cadre des soins apportés à l'accidenté avant son décès.

Nous avons lu les résumés de plusieurs articles portant sur les accidents de travail. On retrouve dans la majorité de ces articles, la description des accidents (par exemple le type de chute), parfois les caractéristiques de l'environnement où ils se sont produits (par exemple, le niveau de bruit ambiant, la lumière, etc.), parfois certaines caractéristiques des accidentés (par exemple, l'âge, le sexe, le type d'emploi, le niveau de scolarité). Toutefois, nous n'avons trouvé aucune étude dans laquelle la consommation de médicaments avant l'accident était prise en compte.

Afin de vérifier si nous pouvions avoir des informations spécifiques pour le Québec, nous avons lu les rapports publiés par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec disponibles sur le site électronique de cet organisme (Cloutier et Laflamme, 1984, Cloutier, 1988, Arsenault, 1986, Paques, 1991, St-Vincent, Tellier et Petit-Roget, 1995, Dionne *et al.*, 1995, Vézina *et al.*, 1996). Dans aucun de ces rapports, on faisait référence aux médicaments.

Nous avons finalement consulté la documentation sur les accidents de la circulation et l'usage de médicaments. À ce sujet, les résultats de trois études méritent d'être rapportés.

Chipman et coll. ont utilisé les données de *l'Ontario Health Survey* pour identifier les similarités et les différences entre les accidents de voiture et les autres types d'accidents (Chipman, 1995). Les participants devaient rapporter les accidents survenus dans l'année ayant précédé l'entrevue et leur consommation de médicaments au cours des quatre semaines précédentes. Malheureusement, les résultats ne sont pas rapportés pour les accidents du travail seulement. Globalement, le risque d'avoir un accident était augmenté de 1,3 fois chez les consommateurs de tranquillisants. Toutefois, ces données sont difficiles à interpréter. En effet, il est très probable que l'accident ait précédé l'usage de tranquillisants. Ainsi, l'usage des médicaments serait l'effet et non pas la cause de l'accident.

En utilisant un devis de type cas-témoins, Oster et coll. (Oster *et al.*, 1990) ont comparé le risque d'accidents de la circulation chez 4 554 personnes ayant fait une réclamation auprès de leur assureur pour l'achat d'une benzodiazépine, à 13 662 personnes ayant fait une réclamation pour un autre type de médicaments. Ils ont observé une augmentation du double des accidents chez les consommateurs de benzodiazépines.

Une étude sur le même sujet a été faite à l'aide des données disponibles en Saskatchewan (Neutel, 1995). L'objectif de cette étude était de mesurer le risque d'être hospitalisé suite à un accident de la circulation après s'être procuré certaines benzodiazépines. La population à l'étude était composée de 78 000 personnes ayant fait une réclamation pour l'achat d'une benzodiazépine avec effet hypnotique (triazolam ou flurazepam), de 148 000 personnes ayant acheté une benzodiazépine avec effet anxiolytique (oxazepam, lorazepam et diazepam) et de 98 000 sujets témoins. On a suivi tous les sujets pendant une période de deux mois. Le risque d'accidents au cours de la semaine suivant l'achat de chacun des deux types de benzodiazépines était nettement augmenté chez les utilisateurs. Le risque était augmenté dans les quatre semaines suivant l'achat, mais diminuait de façon importante entre la première et la quatrième semaine.

En conclusion, notre recension des écrits nous a fourni très peu d'informations sur les répercussions de l'usage des psychotropes, tant chez les travailleurs que dans la population générale.

CHAPITRE 4 : DES OPINIONS SUR L'USAGE DES PSYCHOTROPES CHEZ LES TRAVAILLEURS

Nous avons communiqué avec 24 intervenants ou chercheurs québécois en santé au travail, afin d'obtenir leur opinion sur la fréquence de l'usage de médicaments psychotropes par les travailleurs et sur ses répercussions. Parmi les 24 personnes contactées, six travaillaient dans une centrale syndicale (FIIQ, CSN, CEQ ou FTQ), huit étaient des intervenants ou des chercheurs en santé et sécurité au travail, six provenaient du domaine de la santé publique et avaient un intérêt particulier pour la santé au travail, deux travaillaient au Conseil du patronat, une au Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec et finalement, une personne exerçait au sein de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Des 24 personnes appelées, 12 ont affirmé avoir une opinion sur l'usage des psychotropes en milieu de travail et ont de ce fait complété l'entrevue. Ces 12 personnes constituent notre groupe d'informateurs.

Nos 12 informateurs avaient tous une formation académique en sciences humaines (sociologie, psychologie) ou en sciences de la santé (sciences infirmières, médecine, pharmacie, toxicologie, santé et sécurité au travail, ergothérapie), ainsi qu'une expérience professionnelle en lien avec la santé et la sécurité au travail. Ces 12 personnes représentaient chacun des milieux de travail présentés au paragraphe précédant, à l'exception du Conseil du patronat et du Centre patronal de santé et sécurité du travail. Au début de chaque entrevue, nous nous sommes assurés que les substances considérées par nos informateurs comme étant des médicaments psychotropes appartenaient aux catégories de substances discutées dans le présent document.

Au total, cinq des 12 informateurs ont rapporté que l'usage de médicaments psychotropes constituait un problème important dans leur milieu de travail ou auprès de certains groupes de travailleurs. Toutefois, aucun de ces informateurs n'avait de donnée objective pour supporter cette perception. Deux autres informateurs ont mentionné que l'usage de médicaments psychotropes par les travailleurs était comparable à celui de la population générale et représentait, de ce fait, la même problématique. Finalement, cinq informateurs ne considéraient pas que cette question constitue un enjeu de santé au travail.

Selon deux informateurs, les travailleurs seraient de plus en plus nombreux à faire l'usage de médicaments psychotropes pour faire face au stress engendré par l'accroissement de leur charge de travail. Les nombreux changements apportés récemment à l'organisation du travail dans différents milieux sont ainsi vus comme une cause importante d'usage de psychotropes.

Un informateur a rapporté que les individus exerçant certains métiers ou évoluant au sein de certaines organisations de travail auraient un risque plus grand de consommer des psychotropes que les autres travailleurs. Parmi ceux-ci, on retrouve les travailleurs soumis à des changements de leur horaire de travail (principalement, ceux qui alternent entre des quarts de jour, de soir et de nuit), ceux dont le travail demande un haut niveau de performance (par exemple, les musiciens), ainsi que les travailleurs impliqués dans des relations d'aide (par exemple les professeurs, les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues).

La grande majorité de nos informateurs s'accordent à dire que les benzodiazépines représentent les médicaments psychotropes utilisés par le plus grand nombre de travailleurs. Les antidépresseurs arriveraient au second rang.

Au dire de sept informateurs, les travailleurs qui consomment des médicaments psychotropes sont difficilement identifiables à partir de données subjectives. Les changements de comportements associés à la consommation de ces substances seraient beaucoup moins spectaculaires que ceux observés chez les travailleurs qui consomment de l'alcool ou des drogues illicites. Selon quatre informateurs, les données issues de l'observation du comportement au travail ne seraient utiles qu'en présence d'effets indésirables francs ainsi que dans de rares cas d'abus de médicaments psychotropes ou lorsqu'ils sont consommés avec de l'alcool ou d'autres drogues illicites. Un informateur a dit à ce sujet que le système de communication de bouche à oreille demeure un des meilleurs moyens pour identifier les travailleurs ayant un problème de consommation de psychotropes.

Un informateur a rapporté que la prescription de médicaments psychotropes constitue pour plusieurs travailleurs la porte d'entrée à une assurance salaire en cas d'arrêt de travail pour problème de santé mentale. En effet, l'usage de psychotropes permettrait de justifier les arrêts

prolongés de travail auprès des assureurs. Toujours selon cet informateur, ce mécanisme peut être perçu par certains travailleurs ou intervenants comme un encouragement à l'usage de psychotropes.

Aucune des personnes interrogées n'a rapporté l'existence d'un marché noir de médicaments psychotropes. Ces médicaments seraient toujours utilisés suite à une prescription d'un médecin. La facilité avec laquelle les gens peuvent obtenir des prescriptions pour ces médicaments est d'ailleurs perçue par trois informateurs comme étant un obstacle majeur au développement d'un marché noir. Pour deux autres informateurs, cette nécessité d'obtenir une prescription est perçue comme une source d'encadrement à la consommation de psychotropes et elle procure un certain sentiment de sécurité face à l'usage de ces médicaments.

Selon trois informateurs, seules les personnes avec des antécédents de polytoxicomanie auraient un problème d'abus d'alcool ou de drogues illicites associé à leur problème de consommation de médicaments psychotropes. Il serait excessivement rare d'identifier de tels cas parmi les travailleurs.

Les 12 informateurs ont été invités à nous rapporter leur perception des répercussions liées à l'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs. Les répercussions positives et négatives ainsi rapportées sont présentées ci-dessous. Les chiffres inscrits entre parenthèses représentent le nombre d'informateurs ayant formulé chacun des énoncés.

➤ *Répercussions positives*

- les médicaments psychotropes permettent de traiter ou de contrôler efficacement les symptômes de maladies mentales pouvant nuire à toutes les dimensions de la vie (travail, relations avec autrui, etc.) (8);
- les médicaments psychotropes ramènent les gens beaucoup plus rapidement au travail après un épisode de maladie mentale (2).

➤ *Répercussions négatives*

- l'usage de médicaments psychotropes entraîne une baisse de motivation et une réduction du rendement du travailleur lorsque la dose administrée est trop élevée (1);
- l'usage de médicaments psychotropes produit une baisse du niveau de concentration et une diminution de la coordination du travailleur; ces effets peuvent entraîner des accidents de travail (1);
- l'usage de médicaments psychotropes ralentit les travailleurs; cet effet peut nuire aux relations avec les autres travailleurs ou engendrer des situations de conflit (1);
- il est possible que l'usage de médicaments psychotropes diminue la productivité des travailleurs mais ce phénomène est difficile à mesurer (1);
- sur le plan strictement théorique, il est possible que les effets indésirables des médicaments psychotropes (sédation, amnésie, réduction du temps de réponse, difficulté de planifier des tâches) puissent avoir une répercussion négative sur les performances du travailleur; cependant, il est plus probable que ces effets se manifestent principalement en début de traitement ou lors des augmentations de doses puisqu'une tolérance s'installe rapidement (1).

À la lumière des données recueillies auprès des 12 informateurs, nous pouvons voir que la majorité d'entre eux (10/12) croient que l'usage de médicaments psychotropes a des effets positifs sur la santé mentale des travailleurs. Un informateur a d'ailleurs renforcé cette affirmation par l'énoncé suivant : "il est de loin préférable de faire usage de médicaments psychotropes que de subir les répercussions d'une maladie mentale non traitée". Toutefois, un informateur a souligné que bien que les psychotropes permettent à certaines personnes de réintégrer leur travail après un arrêt pour problème de santé mentale, leur usage ne modifie pas les causes de l'épuisement professionnel. Selon cet informateur, on devrait considérer les psychotropes comme une solution à court terme et

apporter des modifications à l'environnement de travail pour améliorer à long terme la santé mentale des travailleurs.

Les répercussions négatives rapportées par cinq de nos informateurs sont associées aux effets indésirables des médicaments psychotropes. Selon deux autres informateurs, il est très difficile de distinguer les effets indésirables des médicaments psychotropes des symptômes de la maladie mentale pour laquelle ils sont utilisés. Ainsi, d'après eux, les problèmes de santé mentale sous-jacents à la prescription de médicaments psychotropes représentent la principale difficulté que pose l'évaluation de l'impact de ces médicaments chez les travailleurs.

Les informations fournies par nos informateurs ne reposent, selon leurs dires, sur aucune donnée objective. Ces informations représentent plutôt leur perception. Toutefois, plusieurs des opinions exprimées sont appuyées par les données de la littérature. Par exemple, la perception que les benzodiazépines représentent la classe de psychotropes dont l'usage est le plus répandu auprès des travailleurs est appuyée par le fait que cette classe de psychotropes est la plus utilisée dans l'ensemble de la population québécoise. Également, la perception que les médicaments psychotropes sont efficaces pour traiter les maladies mentales est une réalité qui a été confirmée dans de nombreuses études expérimentales.

La principale conclusion que nous pouvons tirer des témoignages est que l'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs ne semble pas constituer un problème d'une très grande importance, tant par sa fréquence que par ses répercussions.

CONCLUSION ET PISTES D'ACTION

La principale observation que nous pouvons tirer de cette recension des écrits et des conversations avec nos informateurs est que nous avons très peu d'informations sur l'effet de l'usage des psychotropes chez les travailleurs. Il nous semble donc important de concentrer, dans un premier temps, les efforts sur la recherche afin que la situation soit mieux documentée. Parallèlement, les intervenants en santé au travail pourraient être mieux informés sur les médicaments psychotropes et sur leur bon usage. À cet égard, nous présentons quelques pistes d'action, d'abord en ce qui a trait à la recherche, ensuite, concernant l'information et la formation.

La recherche

Bien que quelques études aient porté sur la prévalence de l'usage des médicaments psychotropes dans diverses populations de travailleurs et que des facteurs associés à l'usage de psychotropes aient été identifiés, il est difficile de dresser un portrait clair de la situation. En effet, les définitions de "médicament psychotrope", les périodes de temps sur lesquelles l'usage a été mesuré, les populations étudiées et les modalités de collecte de données varient beaucoup d'une étude à l'autre. De plus, les facteurs considérés dans le cadre des études portant sur l'étiologie de l'usage des psychotropes sont nombreux et différent d'une étude à l'autre. Toutefois, la principale lacune concerne l'information sur les effets de l'usage des psychotropes par les travailleurs. La recherche future dans ce domaine devrait donc répondre aux objectifs suivants :

➤ ***Mesurer la prévalence de l'usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs québécois en s'assurant que la méthodologie utilisée permet de :***

- bien identifier les médicaments auxquels on s'intéresse;
- classer les médicaments selon une classification reconnue, de préférence la classification ATC;
- mesurer les prévalences par classes de médicaments puisque les médicaments psychotropes ont des indications et des effets indésirables très différents;
- décrire la période pour laquelle on a mesuré l'usage;

- connaître l'usage réel des médicaments en utilisant des questions dont la validité a été évaluée et en s'assurant que les participants à l'étude comprennent bien les questions sur l'usage des médicaments et y répondent correctement; il est aussi important de demander aux participants de préciser le nom des médicaments utilisés afin de vérifier si ces médicaments font vraiment partie des classes visées;
- connaître l'observance des traitements.

➤ ***Identifier les facteurs associés à la consommation de psychotropes chez les travailleurs québécois en s'assurant que la méthodologie utilisée permet de :***

- distinguer les facteurs associés pour chacune des classes;
- distinguer les facteurs associés selon les différents types d'emploi;
- tenir compte à la fois de tous les facteurs associés à la consommation de psychotropes, l'utilisation d'un cadre théorique bien défini étant recommandé pour identifier ces facteurs.

➤ ***Mesurer les bénéfices et risques de l'usage des psychotropes chez les travailleurs en tenant compte des autres facteurs associés à ces bénéfices et risques.***

La recherche sur l'usage des psychotropes chez les travailleurs ne sera pas facile à faire. La proportion des travailleurs utilisant des psychotropes étant petite, de grands échantillons sont nécessaires. De plus, la mesure de l'usage des médicaments est compliquée : les facteurs associés à l'usage des médicaments sont nombreux et souvent reliés entre eux. De plus, l'étude des effets de l'usage de médicaments est compliquée par la présence de biais d'indication. Il est alors difficile de distinguer les effets des médicaments de ceux de la maladie elle-même.

L'information et la formation

Il nous semble important que les intervenants auprès des travailleurs puissent supporter ceux qui doivent prendre des médicaments psychotropes et sachent référer les travailleurs qui les sur-

utilisent à des professionnels compétents. Pour ce faire, on devrait *offrir des programmes de formation afin que les intervenants :*

- connaissent bien les différents médicaments psychotropes, leurs bénéfices et leurs effets indésirables;
- sachent identifier les personnes consommatrices de psychotropes qui pourraient bénéficier d'une diminution de leur consommation ou d'un sevrage, et connaissent les ressources disponibles dans leur milieu, à cet égard;
- connaissent les diverses stratégies reconnues efficaces pour aider les personnes qui doivent suivre un traitement médicamenteux à bien observer les indications au niveau de leur traitement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allgulander, C. et Evanoff, B. (1990). Psychiatric diagnoses and perceived health problems in a sample of working Swedes treated with psychoactive medications. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 22, 467-78.
- American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, 1-63.
- Anonymous (1994). Médicaments psychotropes. *The Medical Letter*, Vol. 18, 63-70.
- Appelberg, K., Romanov, K., Honkasalo, M.-L. et Koskenvuo, M. (1993). The use of tranquilizers, hypnotics and analgesics among 18 592 Finnish adults : associations with recent interpersonal conflicts at work or with a spouse. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 46, 1315-1322.
- Arsenault, A. (1986). *Accidents types des monteurs de lignes du secteur de la construction. Profil-recherche 47*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Baird, M.F. et Brière, M.-J. (2000). Le comprimot. Chronique linguistique tirée de la revue Québec Pharmacie. Québec : Les Publications Codex.
- Bancarel, Y., Blanc, M.P., Charrin, G., Chastan, E., Coldefy, J.F., Cottes, L., Ducap, A., Evrard, P., Galiay, C., Guiraud, J.C., Hotelier, G., Garcia, G., Jansou, P., Ferreira, D., Louis, A., Martin, F., Montastruc, N., Sarda, R., Saint-Pierre, Y. et Montastruc, J.L. (1988). Study of drug consumption in a working environment in France. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, Vol. 2, 37-46.
- Belin, J. et Montastruc, J.L. (1990). *Étude de la consommation de médicaments du système nerveux central en milieu de travail*. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale, Vol. 51, 21-26.
- Busto, U., Sellers, E.M., Naranjo, C.A., Capelli, H., Sanchez-Craig, M. et Sykora, K. (1986). Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines. *New England Journal of Medicine*, Vol. 315, 854-859.
- Busto, U.E. (1999). Benzodiazepines : The science and the myths. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 6, 185-186.
- Cans, C. et Rotily, M. (1991). *La consommation de psychotropes en population générale dans le département de l'Isère*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Vol. 39, 515-522.
- Chipman, M.L. (1995). Risk factors for injury : similarities and differences for traffic crashes and other causes. *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 27, 699-706.
- Cloutier, E. (1988). *Analyse comparative des accidents forestiers survenus au Québec et en Suède. Profil-recherche 85*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Cloutier, E. et Laflamme, L. (1984). *Analyse de 89 accidents du travail survenus en forêt. Profil-recherche 2*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

- Conseil consultatif de pharmacologie (1997). *L'utilisation appropriée des benzodiazépines chez les personnes âgées*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dionne, G., Laberge-Nadeau, C., Desjardins, D., Messier, S. et Vanasse, C. (1995). *Analyse des facteurs qui expliquent les taux et les gravités des accidents routiers impliquant des chauffeurs professionnels au Québec*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Doering, P.L. (1999). Substance-related disorders : Overview and depressants, stimulants, and hallucinogens. In Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G. et Posey, L.M. (Eds.). *Pharmacotherapy. A pathophysiologic approach* (pp. 1083-1100). Stamford : Appleton & Lange.
- Dunbar, G.C., Perera, M.H. et Jenner, F.A. (1989). Patterns of benzodiazepine use in Great Britain as measured by a general population survey. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 155, 836-841.
- Estryn-Behar, M., Kaminski, M., Peigne, E., Bonnet, N., Vaichere, E., Gozlan, C., Azoulay, S. et Giorgi, M. (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 47, 20-28.
- Greenberg, P.E., Sisitsky, T., Kessler, R.C., Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., Davidson, J.R., Ballenger, J.C. et Fyer, A.J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 60, 427-35.
- Guinn, B. (1983). Job satisfaction, counterproductive behavior and circumstantial drug use among long-distance truckers. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 15, 185-188.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W. et Sacket, D.L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Hepler, C.D. et Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Vol. 47, 533-43.
- IMS Canada (1997). *Guide de référence académique d'IMS. Information sur les soins de santé au Canada à l'intention des étudiants en pharmacie et de leurs professeurs*. IMS Canada.
- Jacquinet-Salord, M.C., Lang, T., Fouriaud, C., Nicoulet, I. et Bingham, A. (1993). Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 47, 64-68.
- Jermain, D.M. (1999). Sleep disorders. In Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G. et Posey, L.M. (Eds.). *Pharmacotherapy. A pathophysiologic approach* (pp. 1208-1225). Stamford : Appleton & Lange.
- Johnson, D.A. et Freeman, H. (1972). Long-acting tranquilizers. *Practitioner*, Vol. 208, 395-400.
- Kalant, H. (1998). Opioid analgesics and antagonists. In Kalant, H. et Roschlau, W.H.E. (Eds.). *Principles of medical pharmacology* (pp. 262-277). Oxford : Oxford University Press.
- Kapur, S. et Seeman, P. (1998). Antipsychotics. In Kalant, H. et Roschlau, W.H.E. (Eds.). *Principles of medical pharmacology* (pp. 331-344). Oxford : Oxford University Press.

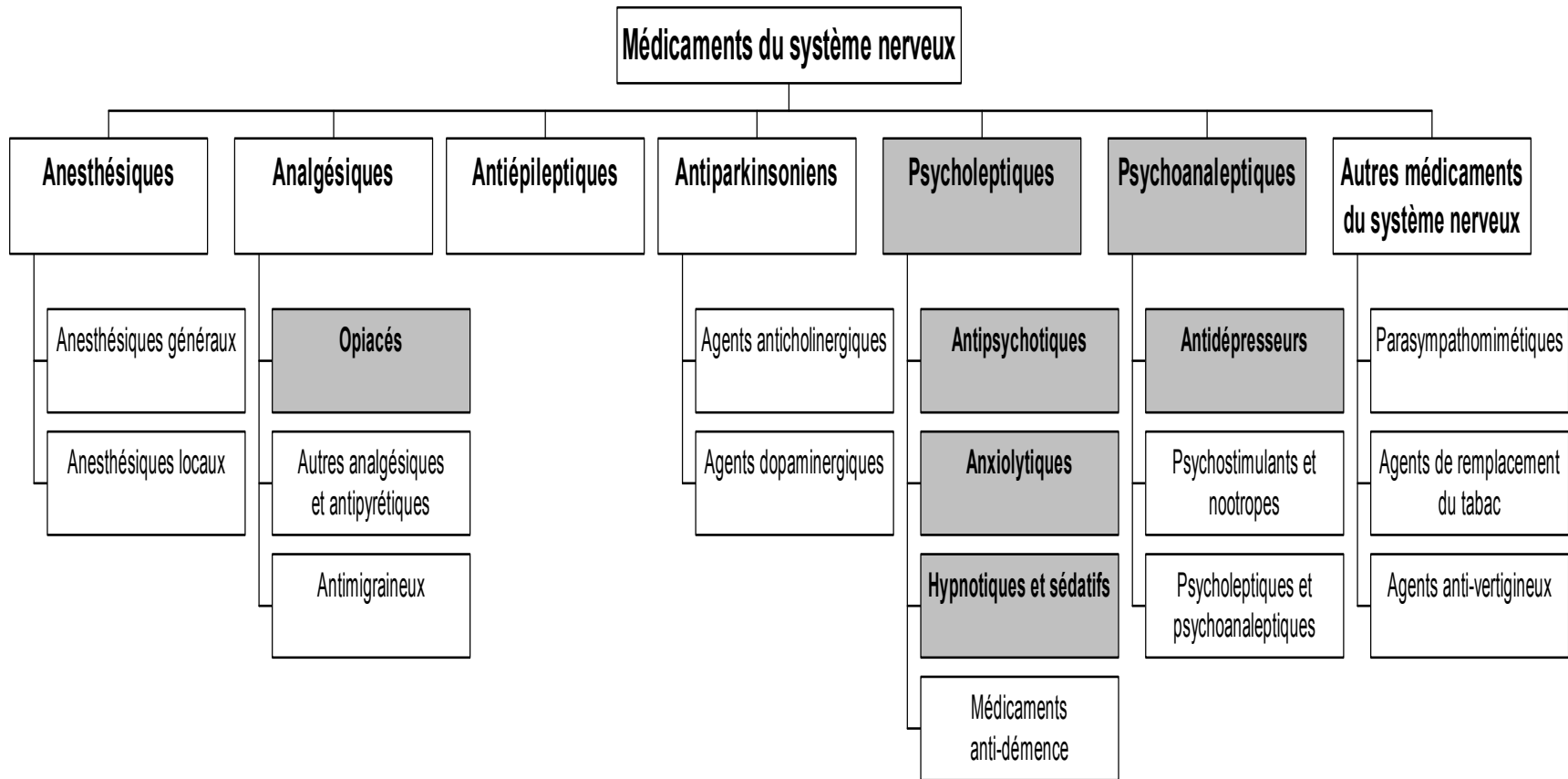
- Karasek, R. (1990). Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 11, 171-185.
- Karasek, R.A., Jr (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, 285-308.
- Kirkwood, C.K. (1999). Anxiety disorders. In Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G. et Posey, L.M. (Eds.). *Pharmacotherapy. A pathophysiologic approach* (pp. 1182-1195). Stamford : Appleton & Lange.
- Kristensen, T.S. (1991). Use of medicine as a coping strategy among Danish slaughterhouse workers. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, Vol. 8, 53-64.
- Laurier, C., Dumas, J. et Grégoire, J.-P. (1992). Factors related to benzodiazepine use in Quebec - a secondary analysis of survey data. *Journal of Pharmacoepidemiology*, Vol. 2, 73-86.
- Laurier, C., Dumas, J., Grégoire, J.-P. et Duval, L. (1990). *L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères: analyse des données de l'Enquête Santé Québec*. Gouvernement du Québec.
- MacDonald, T.M. (1998). Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet*, Vol. 352, 2019-20.
- Malla, A.K., Norman, R.M. et Voruganti, L.P. (1999). Improving outcome in schizophrenia : the case for early intervention. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 160, 843-6.
- Markowitz, J.S., Brown, C.S. et Moore, T.R. (1999). Atypical antipsychotics. Part I : Pharmacology, pharmacokinetics, and efficacy. *Annals of Pharmacotherapy*, Vol. 33, 73-85.
- Meltzer, H.Y. (1999). Outcome in schizophrenia : beyond symptom reduction. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 60, 3-7.
- Moisan, J., Bourbonnais, R., Brisson, C., Gaudet, M., Vézina, M., Vinet, A. et Grégoire, J.-P. (2000). Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Work & Stress (sous presse)*.
- Moisan, J., Grégoire, J.-P. et Bourbonnais, R. (1996). La vision englobante de l'analyse multivariée. In Morin, G. (Ed.). *Épidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé* (pp. 300-317). Montréal : Gaétan Morin.
- Neutel, C.I. (1992). La consommation de substances psychotropes et d'alcool selon le sexe et le revenu familial. *Maladies Chroniques au Canada*, Vol. 13, 44-48.
- Neutel, C.I. (1995). Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine. *Annals of Epidemiology*, Vol. 5, 239-44.
- Oster, G., Huse, D.M., Adams, S.F., Imbimbo, J. et Russel, M.W. (1990). Benzodiazepine tranquilizers and the risk of accidental injury. *The American Journal of Public Health*, Vol. 80, 1467-1470.
- Paques, J.-J. (1991). *Accidents par contact d'engins avec des lignes électriques. Analyses de 262 accidents survenus au Québec, en Ontario, aux États-Unis et en France*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

- Pariente, P., Lépine, J.P. et Lellouch, J. (1992). Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. *Psychological Medicine*, Vol. 22, 181-190.
- Ray, W.A., Fought, R.L. et Decker, M.D. (1992). Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 136, 873-883.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (1999). *Rapport annuel 1998-1999*, Gouvernement du Québec.
- Rickels, K., Case, W.G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F. et Fridman, R. (1990). Benzodiazepine dependence : management of discontinuation. *Psychopharmacology Bulletin*, Vol. 26, 63-68.
- Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Vol. 1, Gouvernement du Québec.
- Sellers, E.M., Khanna, J.M. et Romach, M.K. (1998). Anxiolytics and hypnotics. In Kalant, H. et Roschlau, W.H.E. (Eds.). *Principles of medical pharmacology* (pp. 317-330). Oxford : Oxford University Press.
- Spyckerelle, Y., Petit, J.C., Deschamps, J.P. et Gueguen, R. (1987). *Relations avec le vécu du travail dans une population féminine*. Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale, Vol. 48, 17-23.
- Statistique Canada (1995). *Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-95 : Guide de l'utilisateur*. Statistique Canada, Division des statistiques sur la santé.
- Storr, C.L., Trinkoff, A.M. et Anthony, J.C. (1999). Job strain and non-medical drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 55, 45-51.
- St-Vincent, M., Tellier, C. et Petit-Roget, T. (1995). *Analyse des accidents survenus durant une année dans trois centres hospitaliers*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Tamblyn, R.M., Mcleod, P.J., Abrahamowicz, M., Monette, J., Gayton, D., Berkson, L., Dauphinee, D., Grad, R.M., Huang, A.R., Isaac, L.M., Schnarch, B.S. et Snell, L.S. (1994). Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 150, 1801-1809.
- Turrina, C., Zimmermann-Tansella, C., Micciolo, R. et Siciliani, O. (1993). A community survey of psychotropic drug consumption in South Verona : prevalence and associated variables. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 28, 40-44.
- Vézina, M., Gingras, S., Girard, S.A. et Bourbonnais, R. (1996). *Étude de l'influence de certaines caractéristiques des entreprises et du secteur de la construction sur les accidents du travail*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Vinet, A., Vézina, M., Brisson, C. et Bernard, P.-M. (1989). Piecework, repetitive work and medicine use in the clothing industry. *Social Science and Medicine*, Vol. 28, 1283-1288.
- Warsh, J.J. et Khanna, J.M. (1998). Antidepressant and Mood Stabilizing Agents. In Kalant, H. et Roschlau, W.H.E. (Eds.). *Principles of medical pharmacology* (pp. 345-361). Oxford : Oxford University Press.

- Watts, D.W., Cox, L., Wright, L.S., Garrison, J., Herkimer, A. et Howze, H.H. (1991). Correlates of drinking and drug use by higher education faculty and staff : implications for prevention. *Journal of Drug Education*, Vol. 21, 43-64.
- Watts, D.W. et Short, A.P. (1990). Teacher drug use : a response to occupational stress. *Journal of Drug Education*, Vol. 20, 47-65.
- WHO Collaborating Center for Drug Statistics Methodology (2000). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification Index*.
- Zimmermann-Tansella, C., Donini, S., Ciommei, A.M. et Siciliani, O. (1988). Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse, and minor psychiatric morbidity in the community. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 29, 460-466.

ANNEXE 1

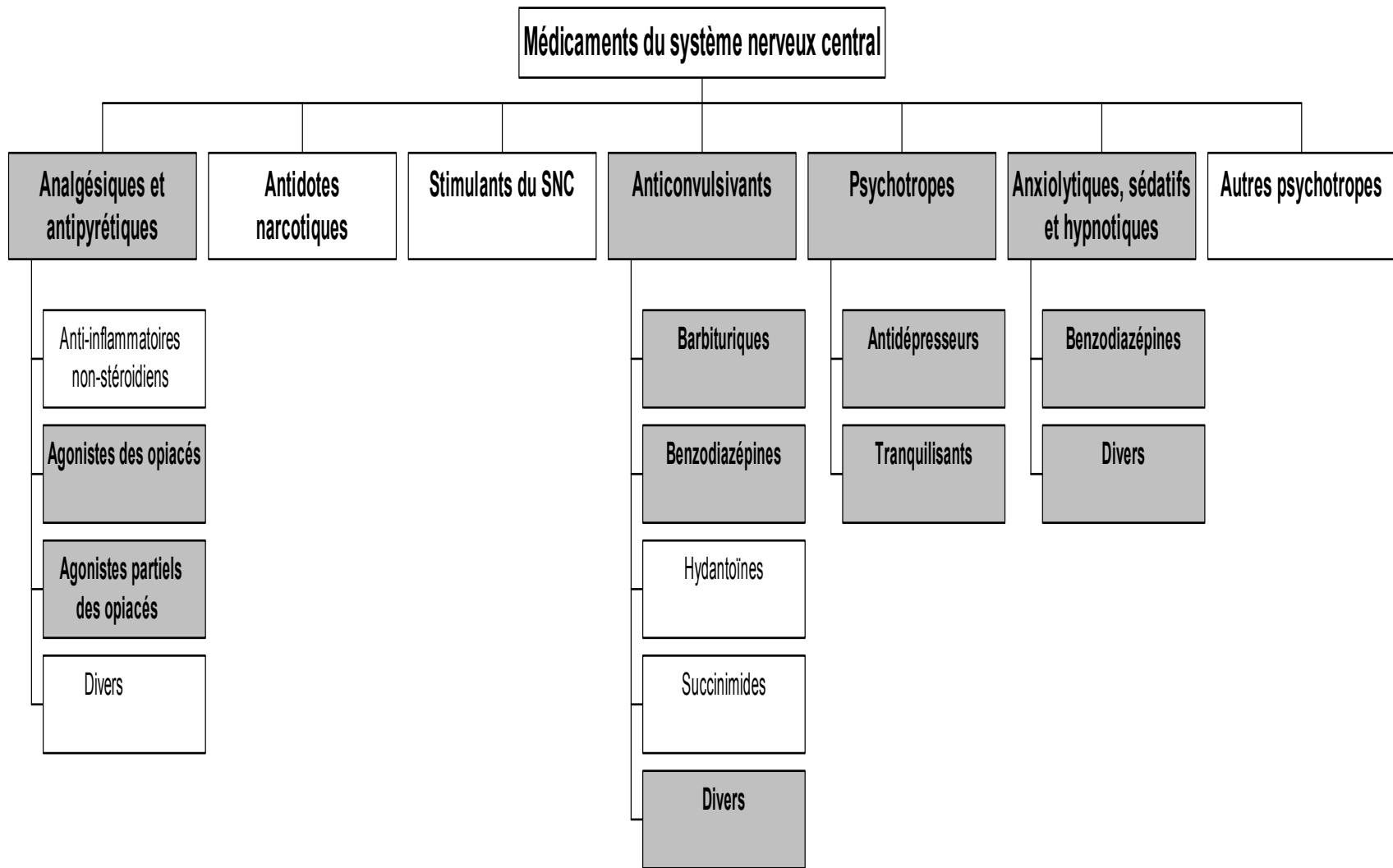
*Médicaments du système nerveux selon la classification
anatomique, thérapeutique et chimique (ATC)*



Médicaments du système nerveux selon la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC). (Les médicaments psychotropes font partie des classes marquées de gris.)

ANNEXE 2

*Médicaments du système nerveux selon la classification "American Hospital Formulary
System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme"*



Médicaments du système nerveux selon la classification «American Hospital Formulary System Pharmacological/Therapeutic Classification scheme» (Les médicaments psychotropes font partie des classes marquées de gris.)

ANNEXE 3

*Liste des médicaments psychotropes et classification selon le système Anatomique,
Chimique, Thérapeutique ainsi que selon le système utilisé
par la Régie de l'assurance maladie du Québec*

Liste des médicaments psychotropes et classification selon le système Anatomique, Chimique, Thérapeutique ainsi que selon le système utilisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dénomination commune internationale	Classification utilisée par la RAMQ		Classification ATC		
	Sous-classe	Classe	Groupe chimique	Usage thérapeutique spécifique	Principal usage thérapeutique
alprazolam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
amitriptyline	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
amoxapine	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
chlordiazépoxyde	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
chlorpromazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
citalopram	antidépresseurs	Psychotropes	ISRS†	antidépresseurs	psychoanaleptiques
clobazam	benzodiazépines	Anticonvulsivants	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
clomipramine	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
clonazépam	benzodiazépines	Anticonvulsivants	dérivés de benzodiazépines	antiépileptiques	antiépileptiques
clozapine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
codéine	agoniste des opiacés	Analgésiques	alkaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
désipramine	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
diazépam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
doxépine	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
fluoxétine	antidépresseurs	Psychotropes	ISRS†	antidépresseurs	psychoanaleptiques
flupenthixol	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
fluphénazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
flurazépam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
fluspirilène	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
fluvoxamine	antidépresseurs	Psychotropes	ISRS†	antidépresseurs	psychoanaleptiques

Liste des médicaments psychotropes et classification selon le système Anatomique, Chimique, Thérapeutique ainsi que selon le système utilisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dénomination commune internationale	Classification utilisée par la RAMQ		Classification ATC		
	Sous-classe	Classe	Groupe chimique	Usage thérapeutique spécifique	Principal usage thérapeutique
hydrate de chloral	Divers	anx., séd. Et hyp.*	aldéhydes et dérivés	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
hydromorphe	agoniste des opiacés	Analgésiques	alkaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
imipramine	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
lithium	tranquillisants	autres psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
lorazépam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
loxapine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
maprotiline	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
méperidine	agoniste des opiacés	Analgésiques	dérivés de phénylpipéridine	opiacés	analgésiques
mésoridazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
moclobémide	antidépresseurs	Psychotropes	inhibiteurs de la MAO type A	antidépresseurs	psychoanaleptiques
morphine	agoniste des opiacés	Analgésiques	alkaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
nefazodone	antidépresseurs	Psychotropes	Autres	antidépresseurs	psychoanaleptiques
nitrazépam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
nortriptyline	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
olanzapine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
oxazépam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
oxycodone	agoniste des opiacés	Analgésiques	alkaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
oxymorphe	agoniste des opiacés	Analgésiques	alkaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
paroxétine	antidépresseurs	Psychotropes	ISRS†	antidépresseurs	psychoanaleptiques
pentazocine	agoniste des opiacés	Analgésiques	dérivés de benzomorphine	opiacés	analgésiques

Liste des médicaments psychotropes et classification selon le système Anatomique, Chimique, Thérapeutique ainsi que selon le système utilisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dénomination commune internationale	Classification utilisée par la RAMQ		Classification ATC		
	Sous-classe	Classe	Groupe chimique	Usage thérapeutique spécifique	Principal usage thérapeutique
péricyazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
perphénazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
phénelzine	antidépresseurs	Psychotropes	inhibiteurs de la MAO	antidépresseurs	psychoanaleptiques
phénobarbital	barbituriques	Anticonvulsivants	Barbituriques et dérivés	antiépileptiques	antiépileptiques
pimozide	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
pipotiazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
primidone	barbituriques	Anticonvulsivants	Barbituriques et dérivés	antiépileptiques	antiépileptiques
prochlorpérazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
promazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
protriptyline	antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
quétiapine	tranquillisants	Psychotiques	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
rispéridone	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
sertraline	antidépresseurs	Psychotropes	ISRS†	antidépresseurs	psychoanaleptiques
morphine	agoniste des opiacés	Analgésiques	alkaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
témazépam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
thiopropérazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
thioridazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
thiotixène	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
tranylcypromine	antidépresseurs	Psychotropes	inhibiteurs de la MAO	antidépresseurs	psychoanaleptiques
trazodone	antidépresseurs	Psychotropes	Autres	antidépresseurs	psychoanaleptiques

Liste des médicaments psychotropes et classification selon le système Anatomique, Chimique, Thérapeutique ainsi que selon le système utilisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dénomination commune internationale	Classification utilisée par la RAMQ		Classification ATC		
	Sous-classe	Classe	Groupe chimique	Usage thérapeutique spécifique	Principal usage thérapeutique
triazolam	benzodiazépines	anx., séd. Et hyp.*	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
trifluopérazine	tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques
trimipramine	Antidépresseurs	Psychotropes	Antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
venlafaxine	Antidépresseurs	Psychotropes	Autres	antidépresseurs	psychoanaleptiques
zuclopenthixol	Tranquillisants	Psychotropes	Psycholeptiques	antipsychotiques	psycholeptiques

* Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques

† Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

ANNEXE 4

*Liste des principaux noms de marque des médicaments
psychotropes disponibles au Québec*

Nom de marque	Dénomination commune internationale
Alprazolam	alprazolam
Alti-Fluvoxamine	fluvoxamine
Alti-Moclobemide	moclobémide
Anafranil	clomipramine
Apo-Alpraz	alprazolam
Apo-amitriptyline	amitriptyline
Apo-Axazéпам	oxazéпам
Apo-Bromazepam	bromazéпам
Apo-Chlordiazépoхide	chlordiazépoхide
Apo-Clomipramine	clomipramine
Apo-Clonazepam	clonazéпам
Apo-Désipramine	désipramine
Apo-Diazéпам	diazéпам
Apo-Doxépin	doxépine
Apo-Fluoxétine	fluoxétine
Apo-Fluphénazine	fluphénazine
Apo-Flurazéпам	flurazéпам
Apo-Fluvoxamine	fluvoxamine
Apo-Halopéridol	halopéridol
Apo-Imipramine	imipramine
Apo-Lorazéпам	lorazéпам
Apo-Moclobemide	moclobémide
Apo-Nortriptyline	nortriptyline
Apo-Perphénazine	perphénazine
Apo-Primidone	primidone
Apo-Temazepam	témazéпам
Apo-Thioridazine	thioridazine
Apo-Trazodone	trazodone
Apo-Triazo	triazolam
Apo-Trifluopérazine	trifluopérazine
Apo-Trimip	trimipramine
Asendin	amoxapine
Ativan	lorazéпам
Aventyl	nortriptyline

Nom de marque	Dénomination commune internationale
Bromazéпам	bromazéпам
Carbolith	lithium
Celexa	citalopram
Chlordiazépoхide	chlordiazépoхide
Chlorpromanyl	chlorpromazine
Clomipramine	clomipramine
Clonapam	clonazéпам
Clonazepam	clonazéпам
Clopixel	zuclopenthixol
Clozaril	clozapine
Codéine	codéine
Dalmane	flurazéпам
Démérol	mépéridine
Désipramine	désipramine
Desyrel	trazodone
Diazéпам	diazéпам
Dilaudid	hydromorphone
Doloral	morphine
Doxepine	doxépine
Duralith	lithium
Effexor	venlafaxine
Elavil	amitriptyline
Fluanxol	flupenthixol
Fluoxetine	fluoxétine
Fluphénazine	fluphénazine
Flurazepam	flurazéпам
Fluvoxamine	fluvoxamine
Frisium	clobazam
Gen-Alprazolam	alprazolam
Gen-Bromazepam	bromazéпам
Gen-Clomipramine	clomipramine
Gen-Triasolam	triazolam
Halcion	triazolam
Halopéridol	halopéridol

Nom de marque	Dénomination commune internationale
Hydromorphone contin	hydromorphone
Imap	fluspirilène
Imipramine	imipramine
Kadian	sulfate de morphine
Kenral-Doxépin	doxépine
Lagarartil	chlorpromazine
Lectopam	bromazépan
Levate	amitriptyline
Lithane	lithium
Lithizine	lithium
Loxapax	loxapine
Ludiomil	maprotiline
Luvox	fluvoxamine
M.O.S 10	morphine
M.O.S Sulfate 10	Morphine
M.O.S.	Morphine
Majeptil	Thiopropérazine
Manerix	Moclobémide
Mellaril	Thioridazine
M-Eslon	sulfate de morphine
Modecate	Fluphénazine
Moditen	Fluphénazine
Mogadon	Nitrazépan
Morphine H.P	Morphine
Morphitec	Morphine
MS contin	Morphine
MS-IR	Morphine
Mysoline	Primidone
Nardil	Phénelzine
Navane	Thiotixène
Neuleptil	Péricyazine
Nitrazadon	Nitrazépan
Norpranin	Désipramine
Nortriptyline	nortriptyline
Norventil	nortriptyline

Nom de marque	Dénomination commune internationale
Novo-Alprazol	alprazolam
Novo-Bromazépan	bromazépan
Novochlorhydrate	hydrate de chloral
Novochlorpromazine	chlorpromazine
Novo-Clopramine	clomipramine
Novo-Désipramine	désipramine
Novodipam	diazépan
Novo-Doxepin	doxépine
Novo-Fluoxetine	fluoxétine
Novoflupam	flurazépan
Novo-Fluvoxamine	fluvoxamine
Novo-Lorazem	lorazépan
Novo-Maprotiline	maprotiline
Novo-Moclobemide	moclobémide
Novo-Péridol	halopéridol
Novopoxide	chlordiazépoxyde
Novopramine	imipramine
Novoridazine	thioridazine
Novo-Tamazépan	témazépan
Novo-Trasodone	trazodone
Novo-Triolam	triazolam
Novo-Tripamine	trimipramine
Novotriptyn	amitriptyline
Novoxapam	oxazépan
Nu-Alpraz	alprazolam
Nu-Bromazepam	bromazépan
Nu-Clonazepam	clonazépan
Nu-Désipramine	désipramine
Nu-Loraz	lorazépan
Nu-Moclobemide	moclobémide
Numorphan	oxymorphone
Nu-Nortriptyline	nortriptyline
Nu-Tamazépan	témazépan
Nu-trazodone	trazodone
Nu-Trimipramine	trimipramine

Nom de marque	Dénomination commune internationale
Oramorph SR	Morphine
Orap	Pimozide
Oxazépam	Oxazépam
Parnate	Tranlycypromine
Paxil	Paroxétine
Péridol	Halopéridol
Perphénazine	Perphénazine
Pertofrane	Désipramine
Péthidine	Mépidine
Phénobarbital	Phénobarbital
Piportil	Pipotiazine
Pms-Amitriptyline	Amitriptyline
Pms-Chloral Hydrate	hydrate de chloral
Pms-Clonazépam	Clonazépam
Pms-Désipramine	Désipramine
Pms-Diazépam	Diazépam
Pms-Fluoxétine	Fluoxétine
Pms-Fluphénazine	Fluphénazine
Pms-Flurazépam	Flurazépam
Pms-Imipramine	Imipramine
Pms-Lithium	Lithium
Pms-Lorazepam	Lorazépam
Pms-Loxapine	Loxapine
Pms-Nortriptyline	Nortriptyline
Pms-Oxazepam	Oxazépam
Pms-Prochlorpérazine	Prochlorpérazine
Pms-Temazepam	Témazépam
Pms-trazodone	Trazodone
Prochlorpérazine	Prochlorpérazine
Pro-Lorazepam	Lorazépam
Promazine	Promazine
Prozac	Fluoxétine
Restoril	Témazépam
Rho-Doxepin	doxépine
Rhotrimine	trimipramine

Nom de marque	Dénomination commune internationale
Risperdal	rispéridone
Rivotril	clonazépam
Serax	oxazépam
Serentil	mésoridazine
Seroquel	quétiapine
Serzone	nefazodone
Sinequan	doxépine
Somnol	flurazépam
Statex	morphine
Stelazine	trifluopérazine
Stémétil	pProchlorpérazine
Supeudol	oxycodone
Surmontil	trimipramine
Syn-Bromazepam	bromazépam
Syn-Clonazepam	clonazépam
Syn-Trazodone	trazodone
Talwin	pentazocine
Témazépam	témazépam
Tonafril	imipramine
Trazodone	trazodone
Trazorel	trazodone
Triadapin	doxépine
Triazolam	triazolam
Trifluopérazine	trifluopérazine
Trilafon	perphénazine
Trimipramine	trimipramine
Triptil	protriptyline
Valium	diazépam
Xanax	alprazolam
Zapex	oxazépam
Zoloft	sertraline
Zyprexa	olanzapine

Annexe 5

Distribution des travailleurs selon certaines variables et selon qu'ils ont rapporté avoir utilisé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois; rapports de cotes ajustés et intervalles de confiance à 95 % pour les variables incluses dans le modèle d'analyse multivariée

Distribution des travailleurs selon certaines variables et selon qu'ils ont rapporté avoir utilisé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois. Rapports de cotes ajustés et intervalles de confiance à 95 % pour les variables incluses dans le modèle d'analyse multivariée*.

Variables	Usage d'un tranquillisant, antidépresseur ou somnifère		Rapports de cotes ajustés† (Intervalles de confiance à 95 %)
	Non	Oui	
Sexe			
Masculin	3 876	88	1,00
Féminin	2 495	143	2,29 (1,72-3,05)
Âge			
15-34 ans	2 409	62	1,00
≥ 35 ans	3 962	169	2,35 (1,70-3,26)
État matrimonial			
Marié(e), conjoint(e) de fait	4 634	155	
Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e)	1 734	76	
Niveau de scolarité			
Inférieur à universitaire	5 126	180	1,00
Universitaire	1 239	51	1,57 (1,10-2,24)
Suffisance du revenu			
Revenu moyen-élevé et le plus élevé	4 159	159	
Revenu le plus bas, bas-moyen et moyen	1 935	71	
Tabagisme			
Non-fumeur ou ex-fumeur	4 399	135	1,00
Fumeur occasionnel ou régulier	1 972	96	1,45 (1,08-1,94)
Consommation d'alcool			
Occasionnelle ou abstinence	1 943	80	
Régulière	4 424	151	
Niveau d'activité physique			
Actif	1 050	29	
Modérément actif ou inactif	5 321	202	

Distribution des travailleurs selon certaines variables et selon qu'ils ont rapporté avoir utilisé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois. Rapports de cotes ajustés et intervalles de confiance à 95 % pour les variables incluses dans le modèle d'analyse multivariée*.

Variables	Usage d'un tranquillisant, antidépresseur ou somnifère		Rapports de cotes ajustés† (Intervalles de confiance à 95 %)
	Non	Oui	
Utilisation des services de santé au cours des 12 mois précédents			
Non	5 982	187	1,00
Oui	389	44	2,69 (1,84-3,94)
Incapacité physique			
Non	5 544	146	1,00
Oui	826	86	2,14 (1,56-2,94)
Index général de santé			
Élevé	3 902	76	1,00
Faible	2 453	155	1,56 (1,14-2,13)
Problème de santé chronique			
Non			
Oui	3 327	66	1,00
	3 038	165	1,54 (1,12-2,12)
Stress chronique			
Faible	4 089	102	
Élevé	2 270	128	
Stress causé par des événements récents			
Faible	3 989	101	1,00
Élevé	2 379	131	1,31 (0,98-1,74)
Stress provenant de l'enfance ou de la vie adulte			
Faible	3 379	76	1,00
Élevé	2 990	155	1,54 (1,15-2,10)
Estime de soi			
Élevée	3 564	95	1,00
Faible	2 799	136	1,38 (1,04-1,84)

Distribution des travailleurs selon certaines variables et selon qu'ils ont rapporté avoir utilisé un tranquillisant, un antidépresseur ou un somnifère au cours du dernier mois. Rapports de cotes ajustés et intervalles de confiance à 95 % pour les variables incluses dans le modèle d'analyse multivariée*.

Variables	Usage d'un tranquillisant, antidépresseur ou somnifère		Rapports de cotes ajustés† (Intervalles de confiance à 95 %)
	Non	Oui	
Maîtrise de soi			
Élevé	3 370	80	
Faible	2 977	148	
Sentiment de cohésion			
Élevé	3 314	62	
Faible	2 993	166	
Détresse psychologique			
Faible	5378	115	1,00
Élevée	971	116	3,54 (2,62-4,80)
Contraintes du travail††			
DP- LD+	2 178	54	1,00
DP- LD-	1 770	52	1,02 (0,67-1,54)
DP+ LD+	1 394	64	1,33 (0,90-1,97)
DP+ LD-	1 028	61	1,42 (0,94-2,15)
Soutien social au travail			
Élevé	3 853	105	
Faible	2 518	126	
Satisfaction face au travail			
Élevée	5 845	188	1,00
Faible	521	43	1,44 (0,97-2,13)
Sécurité d'emploi			
Élevée	4 485	141	
Faible	1 886	90	

* L'analyse multivariée a ici été faite par régression logistique. La régression logistique est une technique qui est utilisée lorsque la variable dépendante est catégorielle et dichotomique, c'est-à-dire ne comportant que deux valeurs possibles. La mesure d'association obtenue par régression logistique s'appelle un rapport de cotes (Moisan, Grégoire et Bourbonnais, 1996). Pour interpréter un rapport de cotes on s'intéresse à sa valeur et à l'intervalle de confiance qui

l'accompagne. Plus le rapport de cotes est élevé, plus l'association est forte. Si l'intervalle de confiance ne contient pas la valeur 1, l'association est statistiquement significative. Un rapport de cotes est dit ajusté, s'il a été calculé par une méthode d'analyse multivariée.

† Les rapports de cotes sont présentés pour toutes les variables incluses dans le modèle d'analyse multivariée.

†† Les contraintes de travail sont définies en fonction de la demande psychologique (DP) et de la latitude décisionnelle (LD). Un signe + indique la présence du facteur, un signe – son absence.

