

La consommation d'alcool à risque dans la main-d'œuvre canadienne : quelles sont les différences entre les professions et secteurs économiques?

Alain Marchand, Ph.D.¹, Martin Charbonneau, M.Sc.²

RÉSUMÉ

Objectif : Examiner les différences de consommation d'alcool hebdomadaire à risque chez les personnes au travail en fonction du secteur économique et de la profession.

Méthode : Analyse secondaire des données du Cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada. L'échantillon comprend 76 136 personnes de 15 ans et plus groupées dans 139 professions et 96 secteurs économiques.

Résultats : La prévalence de la consommation d'alcool hebdomadaire à risque est estimée à 8 % chez les travailleurs et on observe des écarts importants entre les hommes (11 %) et les femmes (6 %). Les résultats suggèrent un différentiel de consommation d'alcool hebdomadaire à risque selon la profession et le secteur économique indépendamment des conditions de travail, de la situation familiale et des caractéristiques personnelles. Les travailleurs de cinq groupes professionnels ont des chances plus élevées d'une consommation à risque (RC 1,88-2,94) alors que sept secteurs économiques se démarquent par un risque plus faible (RC 0,25-0,59).

Discussion : La profession, davantage que le secteur économique, apparaît d'une plus grande utilité pour définir des pistes d'action en santé publique. Les résultats de cette recherche permettent d'identifier un ensemble de profession à cibler pour l'intervention de prévention en complémentarité avec les autres interventions de santé publique.

Mots clés : consommation d'alcool à risque; professions; secteurs économiques; milieu de travail

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

Rev can santé publique 2009;100(4):285-90.

La consommation d'alcool au Canada est un phénomène important selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)¹. Près de 79 % des personnes de 15 ans et plus sont considérées comme des buveurs, 44 % consomment hebdomadairement et 23 % dépassent les normes de consommation à faible risque, soit 10 verres et plus par semaine chez les femmes et 15 verres et plus par semaine chez les hommes ou, pour les deux, plus de deux verres par jour à au moins une occasion au cours de la semaine². Lorsqu'il est consommé modérément, l'alcool peut produire des effets bénéfiques sur la santé physique (réduction du risque de maladies coronariennes et de mortalité prématurée)² et mentale (réduction du stress, sociabilité, intégration sociale, amélioration de l'humeur)^{3,4}. Toutefois, il entraîne aussi des conséquences négatives, car en 2002, 1,9 % des décès au Canada étaient reliés à la consommation d'alcool et on estime qu'elle aurait entraîné des dépenses d'environ 14,6 milliards de dollars⁵.

En milieu de travail, 22 % à 33 % de la population active canadienne excéderaient les normes de consommation à faible risque et 7 % des personnes au travail s'intoxiqueraient hebdomadairement⁶, entraînant ainsi des conséquences sérieuses pour les individus et les entreprises : accidents de travail, blessures, absentéisme, congédiements, démissions, retards et baisse d'intensité ou de motivation au travail^{7,8}.

Or, il existe très peu de connaissance sur la distribution des problèmes de consommation d'alcool à risque selon les secteurs économiques et les professions au Canada. Des données québécoises

datant de 1987 suggèrent que les professionnels, les cadres supérieurs et intermédiaire, les contremaîtres, les semi-professionnels, les superviseurs ainsi que les cols blancs qualifiés et semi qualifiés, consommeraient plus d'alcool par semaine que les travailleurs manuels non qualifiés⁴. On ne sait cependant pas s'il s'agit des mêmes groupes professionnels qui abusent de l'alcool. Une étude albertaine, menée en 2002, a démontré que les travailleurs de la construction rapportaient des taux de consommation à risque plus élevés que la moyenne et que 5 % des travailleurs albertains avaient une consommation très élevée⁹ (14 verres et plus par semaine).

Globalement, les connaissances sur les problèmes de consommation d'alcool de la main-d'œuvre sont ou bien parcellaires ou encore fondées sur des données obsolètes. Le portrait d'ensemble de la consommation de cette population est dès lors limité. À l'aide de données contemporaines, cette recherche tente d'analyser la prévalence de la consommation d'alcool hebdomadaire à risque des travailleurs canadiens en fonction du secteur économique et de la profession, afin d'examiner la possibilité de dégager des cibles pour l'intervention en santé publique.

Affiliations des auteurs

1. Professeur agrégé, École de relations industrielles, Université de Montréal, Montréal, QC

2. École de relations industrielles, Université de Montréal, Montréal, QC

Correspondance et demandes de réimpression : Alain Marchand, École de relations industrielles, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ Centre-ville, Montréal, QC H3C 3J7, Tél. : 514-343-6111, poste 1288, Téléc. : 514-343-5764, Courriel : alain.marchand@umontreal.ca

MÉTHODES

Sources des données

Les données proviennent du Cycle 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 2.1), menée en 2003, par Statistique Canada. Elle comporte un échantillon représentatif de la population canadienne comprenant 134 072 individus de 12 ans et plus répartis dans les 133 régions socio-sanitaires au Canada. Les régions socio-sanitaires sont définies par les provinces et correspondent à des unités ou des régions administratives qui présentent un intérêt pour les autorités en matière de santé. Le plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC 2.1 repose, premièrement, sur une sélection aléatoire de grappes indépendantes dans chaque région socio-sanitaire. En second lieu, des ménages sont sélectionnés dans chaque grappe et un des membres du ménage est choisi aléatoirement à des fins d'analyse. Le taux de réponse des ménages atteint 87,1 % et celui des répondants atteint 92,6 %, pour un taux de réponse combiné de 80,7 %. Les données sont pondérées en fonction de la probabilité de sélection, du taux de réponse et de la distribution des régions socio-sanitaires selon le sexe et l'âge.

Une fois les valeurs manquantes prises en compte, cette étude utilise un sous-échantillon de 76 136 individus de 15 ans et plus ayant travaillé au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête et pour lesquels une information valide sur le secteur économique et la profession existe. Les femmes représentent 49,7 % des individus et l'âge moyen, pour l'ensemble de l'échantillon, est de 39,3 ans (et=14,0).

Mesures

Consommation d'alcool hebdomadaire à risque

La consommation d'alcool hebdomadaire à risque est mesurée en fonction du volume de boisson alcoolisée consommé par semaine excédant la norme hebdomadaire canadienne de consommation à faible risque². En partant de la consommation quotidienne rapportée au cours des sept derniers jours, les sujets peuvent être classés en deux groupes, soit un premier groupe (codé 1) dont la consommation excède 10 verres et plus par semaine chez les femmes et 15 verres et plus par semaine chez les hommes, et un second groupe (codé 0) qui se situe en deçà de cette consommation.

Profession et secteur économique

La profession est mesurée à partir de la classification type des professions de 1991 (CTP-1991) de Statistique Canada¹⁰ comprenant 514 professions à quatre caractères nichées dans 139 groupes professionnels à trois caractères, eux-mêmes regroupés dans 47 groupes à deux caractères se rassemblant en 10 grands groupes. La classification à trois caractères regroupant 139 groupes professionnels a été retenue.

Le secteur économique est mesuré à partir du système de classification des industries de l'Amérique du Nord de 1997 (SCIAN-1997) de Statistique Canada¹¹ comprenant 341 groupes à quatre caractères nichés dans 99 sous-secteurs et regroupés dans 20 secteurs économiques. Au total, 96 secteurs économiques valides ont été retenus.

Variables contrôles

Les conditions de l'organisation de travail, la situation familiale, et les caractéristiques individuelles ont été contrôlées. L'utilisation des

Tableau 1. Statistiques descriptives, ESSC 2.1, N = 76 136

Variables	Min-Max	Moyennes/pourcentages	Écarts-types
Consommation d'alcool à risque			
Échantillon total	–	8,3	–
Hommes	–	10,7	–
Femmes	–	6,0	–
Travail			
Utilisation des compétences	0-12	6,93	1,32
Autorité décisionnelle	0-8	5,32	0,79
Demandes physiques	0-4	2,02	0,80
Demandes psychologiques	0-8	4,45	0,58
Heures travaillées	nd	39,68	16,94
Horaire de travail (irrégulier)	0-1	23,7	–
Soutien social	0-15	7,96	0,48
Insécurité d'emploi	0-5	1,28	0,29
Revenu professionnel (\$/année)	nd	26 300	11 792
Famille			
Statut marital (en couple)	0-1	55,9	–
Statut parental (enfants 5 ans et moins)	0-1	15,8	–
Statut parental (enfants 6 à 11 ans)	0-1	17,1	–
Statut économique (5 catégories)	1-5	4,27	1,08
Individu			
Genre (femme)	0-1	49,7	–
Âge (année)	15-75	39,27	13,96
Scolarité	1-10	5,69	2,44
Santé physique	0-3	1,20	1,11
Usage du tabac	nd	3,56	7,77
Activité physique	nd	26,77	24,91

Note : nd = non disponible.

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

compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes physiques et psychologiques, le soutien social et l'insécurité d'emploi ont été mesurés et agrégés au niveau des professions¹² en utilisant la version abrégée du « *Job Content Questionnaire* » de Karasek¹³ disponible dans l'Enquête nationale sur la santé de la population de Statistique Canada. Les heures travaillées comptent le nombre d'heures consacrées à tous les emplois. L'horaire de travail oppose les personnes ayant un horaire régulier à celles sous horaire irrégulier (brisé, sur appel, autres), et le revenu professionnel moyen est mesuré en \$/1000. Le statut marital oppose les répondants vivant seul à ceux vivant en couple. Le statut parental est mesuré par la présence d'enfants de 0-5 ans et la présence d'enfants de 6-11 ans. Le revenu du ménage comprend cinq catégories mesurant le niveau de suffisance du revenu déterminée par Statistique Canada en fonction du nombre de personnes dans le ménage. Le sexe distingue les hommes et les femmes. L'âge est mesuré en année et la scolarité par une échelle ordinaire de Statistique Canada comportant 10 catégories (1 = deuxième secondaire ou moins, 10 = diplôme/certificat d'études supérieures). La santé physique est mesurée par le nombre de problèmes de santé chroniques (0, 1, 2, 3 et plus) diagnostiqués au cours des six dernières années à partir d'une liste de 22 problèmes (ex : allergies alimentaires, asthme, etc.). L'usage du tabac est mesuré par le nombre de cigarettes fumées par semaine et le niveau d'activité physique, par la fréquence d'au moins une activité physique réalisée au cours du dernier mois sur une période de 15 minutes et plus.

Analyses

La prévalence de la consommation d'alcool hebdomadaire à risque a été estimée par profession et par secteur économique. Étant donné le plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC 2.1, les erreurs-types et les intervalles de confiance ont été corrigées par la méthode de ré-échantillonnage de Statistique Canada. Par la suite, la variable

Tableau 2. Prévalence de la consommation d'alcool à risque dans une sélection de 20 professions et secteurs économiques, ESCC 2.1, N = 76 136

Code	Professions/secteurs économiques	%	IC 95%
CTP-1991 prévalences plus élevées			
I16	Personnel de l'exploitation forestière	20,5	11,4-29,7
H82	Aides de soutien des métiers et manœuvres en construction	19,6	14,7-24,5
I15	Conducteurs de machines d'abattage du bois	18,1	7,5-28,7
H43	Autres mécaniciens	17,2	7,8-26,6
H11	Plombiers, tuyauteurs et monteurs d'installations au gaz	16,9	10,2-23,6
I17	Capitaines et patrons de bateaux de pêche et pêcheurs	16,9	6,2-27,6
H14	Autre personnel des métiers de la construction	16,5	10,6-22,3
G51	Personnel des services des aliments et boissons	16,3	12,7-20,0
H32	Personnel du formage, profilage et montage du métal†	16,0	6,9-24,9
E01	Juges, avocats et notaires (au Québec)	15,6	7,8-23,4
CTP-1991 prévalences plus faibles			
D23	Personnel technique en soins de santé (sauf soins dentaires)	2,5	1,0-3,9
D31	Personnel de soutien des services de santé	3,1	1,9-4,4
D11	Professionnels en sciences infirmières	3,4	2,0-4,8
G81	Personnel de soutien familial et de garderie	3,5	2,5-4,6
B21	Personnel en secrétariat	3,8	2,5-5,1
C13	Personnel technique en génie civil, mécanique et industriel	4,2	2,0-6,4
J31	Manœuvres dans la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique	4,8	3,1-6,5
C06	Professionnels en mathématiques et en informatique	4,9	3,5-6,3
I01	Entrepreneurs, surveillants et exploitants agriculture, en horticulture et en aquaculture	5,6	3,9-7,4
G93	Nettoyeurs	5,7	4,3-7,1
SCIAN-1997 prévalences plus élevées			
562	Services de gestion des déchets et d'assainissement	17,2	6,0-28,4
114	Pêche, chasse et piégeage	16,4	7,3-25,5
115	Activités de soutien à l'agriculture et à la foresterie	15,8	9,1-22,5
482	Transport ferroviaire	14,6	6,0-23,2
232	Entrepreneurs spécialisés	14,3	12,4-16,2
113	Foresterie et exploitation forestière	14,0	9,4-18,66
312	Fabrication de boissons et de produits du tabac	13,4	5,2-21,6
221	Services publics	12,6	8,0-17,3
213	Activités de soutien à l'extraction minière et à l'extraction de pétrole et de gaz	12,4	8,4-16,4
333	Fabrication de machines	12,3	7,5-17,2
SCIAN-1997 prévalences plus faibles			
623	Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes	3,8	2,5-5,1
622	Hôpitaux	3,8	2,8-4,8
621	Services de soins ambulatoires	4,2	3,0-5,3
485	Transport en commun et transport terrestre de voyageurs	4,7	1,8-7,6
452	Magasins de fournitures de tout genre	4,8	3,1-6,5
624	Assistance sociale	5,4	3,5-7,2
112	Élevage	5,5	3,0-7,9
453	Magasins de détail divers	5,5	2,8-8,2
448	Magasins de vêtements et d'accessoires vestimentaires	5,9	3,9-7,9
446	Magasins de produits de santé et de soins personnels	6,0	3,4-8,6

Note : † = non classé ailleurs; IC = Intervalle de confiance

dépendante étant dichotomique, des modèles de régression logistique ont été effectués pour évaluer les différences entre les professions et les secteurs économiques en contrôlant les conditions de l'organisation du travail, la situation familiale et les caractéristiques individuelles des travailleurs. Les erreurs-types et les intervalles de confiance obtenus avec ces régressions ont été corrigés par la méthode de ré-échantillonnage de Statistique Canada. Pour les analyses de régression logistique, les professions et les secteurs sont analysés séparément (modèle 1) et conjointement (modèle 2) afin d'examiner la présence d'effets de médiation et de suppression. Sous l'effet de la médiation, la contribution significative de certaines professions ou secteurs peut disparaître, alors que sous l'effet de suppression, certaines professions ou secteurs deviennent statistiquement significatives. De plus, la profession de caissiers/caissières (G31) et le secteur économique de l'enseignement (611) ont été choisis comme catégories de référence. Ce choix repose sur des considérations techniques, car étant donné le nombre de catégories à tenir en compte dans l'analyse, il fallait s'assurer d'avoir un nombre suffisant d'observations dans les catégories de référence pour maximiser les chances d'obtenir des relations significatives et assurer la stabilité des paramètres de régression estimés¹⁴.

RÉSULTATS

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'ensemble de l'échantillon. La prévalence d'abus d'alcool atteint 8 % et un écart important existe entre les hommes (10,7 %) et les femmes (6,0 %).

On peut observer au tableau 2 des prévalences faibles et élevées de consommation d'alcool à risque pour 20 professions et secteurs choisis. En regard des professions, la prévalence la plus faible se retrouve chez le personnel technique en soins de santé (sauf en soins dentaires), alors que la plus forte est notée chez le personnel de l'exploitation forestière. Quant aux secteurs économiques, on peut constater que les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes obtiennent la prévalence la plus faible, et la plus forte chez les services de gestion des déchets et d'assainissement.

Les résultats des régressions logistiques sont présentés au tableau 3. Seuls les professions et les secteurs statistiquement significatifs ($p < 0,05$) s'y retrouvent. Le modèle 1 montre un risque accru de consommation d'alcool hebdomadaire à risque chez le personnel des services des aliments et boissons, les aides de soutien des métiers et manœuvres en construction, et les directeurs de la restauration et des services d'hébergement. Par ailleurs, sept professions se démarquent comme ayant un risque plus faible (médecins, dentistes et vétérinaires; personnel technique en soins de santé sauf

Tableau 3. Régressions logistiques du risque de consommation d'alcool à risque selon la profession et le secteur économique, ESCC 2.1, N = 76 136

Code		Modèle 1		Modèle 2	
		RC	IC 95%	RC	IC 95%
CTP-1991					
G51	Personnel des services des aliments et boissons	2,65**	1,79-3,93	2,94**	1,92-4,49
H82	Aides de soutien des métiers et manœuvres en construction	1,80*	1,07-3,04	1,87*	1,07-3,25
A22					
	Directeurs/directrices de la restauration et des services d'hébergement	1,72*	1,02-2,90	1,88*	1,09-3,24
D01	Médecins, dentistes et vétérinaires	0,29*	0,10-0,82		
D23	Personnel technique en soins de santé (sauf soins dentaires)	0,35*	0,16-0,79	0,40*	0,17-0,96
C13	Personnel technique en génie civil, mécanique et industriel	0,45*	0,20-1,00		
C06	Professionnels/professionnelles en mathématiques et en informatique	0,47*	0,24-0,91		
D11	Professionnels/professionnelles en sciences infirmières	0,49*	0,25-0,95		
D31	Personnel de soutien des services de santé	0,51*	0,29-0,91		
J31					
	Manœuvres dans la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique	0,60*	0,37-0,99		
C17	Officiers/officières et contrôleurs/contrôleuses des services de transport			3,10*	1,13-8,51
G12	Personnel technique de la vente en gros			2,25*	1,03-4,91
SCIAN-1997					
232	Entrepreneurs spécialisés	1,47**	1,12-1,92		
722	Services de restauration et débits de boissons	1,30*	1,00-1,69		
814	Ménages privés	0,34**	0,15-0,77		
914	Administrations publiques autochtones	0,37*	0,16-0,82	0,31**	0,13-0,73
623	Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes	0,55**	0,36-0,83		
622	Hôpitaux	0,57**	0,40-0,81		
621	Services de soins ambulatoires	0,63**	0,45-0,87		
110	Agriculture, foresterie, pêche et chasse			0,25*	0,08-0,75
112	Élevage			0,40*	0,19-0,85
488	Activités de soutien au transport			0,41*	0,17-0,98
331	Première transformation des métaux			0,46**	0,26-0,82
418	Grossistes-distributeur de produits divers			0,49*	0,25-0,98
623	Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes			0,59*	0,35-0,97
F(professions)			2,11**		1,56**
F(secteurs)			40,22**		19,32**

Note : Profession de référence = Caissiers; Secteur économique de référence = Services de l'enseignement

Seulement les professions et secteurs p<0,05 se retrouvent dans ce tableau

RC = Rapport de cotes; IC = Intervalle de confiance

*p<0,05; **p<0,01

Les résultats sont ajustés selon l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes physiques, les demandes psychologiques, le soutien social au travail, l'insécurité d'emploi, les horaires de travail, les heures travaillées, le revenu professionnel, le statut parental, le statut marital, le statut économique, le genre, l'âge, la santé physique, le nombre de cigarettes et l'activité physique

soins dentaires; personnel technique en génie civil, mécanique et industriel; professionnels en mathématiques et en informatique; professionnels en sciences infirmières; personnel de soutien des services de santé; manœuvres dans la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique). Quant aux secteurs économiques, ce sont les entrepreneurs spécialisés ainsi que les services de restauration et débits de boissons qui présentent un risque plus important, alors que cinq secteurs se caractérisent par un risque plus faible (ménages privés, administrations publiques autochtones, établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, hôpitaux, services de soins ambulatoires).

On retrouve au modèle 2 les différences de consommation d'alcool hebdomadaire à risque qui sont contrôlées pour l'ensemble des variables et les résultats illustrent des effets de médiation et de suppression importants. Les officiers et contrôleurs des services de transport, le personnel des services des aliments et boissons, le personnel technique de la vente en gros, les directeurs de la restauration et des services d'hébergement ainsi que les aides de soutien des métiers et manœuvres en construction ont des chances significativement plus élevées de consommation d'alcool hebdomadaire à risque que les autres groupes. Seul le groupe du personnel technique en soins de santé (sauf soins dentaires) présente un risque plus faible. En ce qui a trait aux secteurs économiques, les secteurs des entrepreneurs spécialisés ainsi que les services de restauration et débits de boissons n'apparaissent plus comme ayant de plus grandes chances de consommation d'alcool hebdomadaire à risque.

Au total, les résultats illustrent que sept secteurs économiques présentent un moindre risque de consommation d'alcool hebdomadaire élevée (administrations publiques autochtones; agriculture, foresterie, pêche et chasse; élevage; activités de soutien au transport; première transformation des métaux; grossistes-distributeur de produits divers; établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes).

DISCUSSION

Dans cet échantillon représentatif de la main-d'œuvre canadienne, la prévalence de la consommation d'alcool hebdomadaire à risque s'établit à 8 %. Cette prévalence est largement inférieure à celle de la population générale rapportée par l'ETC (23 %) pour le dépassement des directives de consommation à faible risque. L'indicateur de l'ETC est beaucoup plus exigeant, puisque, en plus de la consommation hebdomadaire de 10 verres et plus pour les femmes et 15 verres et plus pour les hommes, on y inclut la consommation de plus de deux verres dans une journée. Il est normal que plus de personnes répondent à ces critères et que la prévalence soit plus élevée. Cependant, la prévalence obtenue ici est sensiblement similaire à une étude Albertaine⁹ qui estime à 5 % le pourcentage de travailleurs albertains consommant 14 verres et plus par semaine. En précisant une limite inférieure pour les femmes, notre étude obtient ainsi une prévalence plus élevée.

Sur les 139 professions analysées, cinq groupes présentent une consommation d'alcool hebdomadaire à risque plus élevée, alors

qu'un seul s'est démarqué par un risque plus faible comparative-ment à la catégorie de référence des caissiers. Les groupes à risque élevé ont des prévalences de consommation à risque variant entre 11 % et 20 %. Les résultats démontrent une contribution non négligeable de la profession, car les cinq professions identifiées ont de 87 % à 210 % plus de chance de voir les travailleurs abuser de l'alcool. Toutefois, les intervalles de confiance (IC) se recoupent, ce qui suggère que les différences de rapports de cotes (RC) observés entre les groupes à risque ne sont pas significatives. On peut ainsi estimer un RC moyen de 2,4 pour ces cinq groupes. En ce qui a trait aux 96 secteurs économiques analysés, les résultats permettent d'identifier sept sous-groupes où les travailleurs ont une consommation d'alcool hebdomadaire à risque plus faible comparative-ment à ceux du secteur de l'enseignement avec des RC variant entre 0,25 et 0,59.

Ces résultats illustrent que c'est davantage la profession que le secteur économique qui apparaît d'une plus grande utilité pour définir des pistes d'action en santé publique. En effet, il apparaît que ce sont cinq groupes professionnels qui se démarquent des autres groupes par une consommation d'alcool hebdomadaire à risque plus élevé. Le premier groupe, constitué des officiers et contrôleurs des services de transport, regroupe cinq professions détaillées de la CTP-1991 : pilotes, navigateurs et instructeurs de pilotage du transport aérien, spécialistes du contrôle de la circulation aérienne, officiers de pont du transport par voies navigables, officiers mécaniciens du transport par voies navigables, contrôleurs de la circulation ferroviaire et par voies navigables. Le second groupe est celui du personnel des services des aliments et boissons. Il rassemble, dans la CTP-1991, les maîtres d'hôtel et hôtes, les bar-mans ainsi que serveurs d'aliments et de boissons. Ce groupe professionnel s'est souvent retrouvé associé à la consommation problématique d'alcool^{15,16} et à des prévalences de consommation particulièrement élevées¹⁷⁻²⁰. Le troisième groupe à risque est composé du personnel technique de la vente en gros. Ce groupe unique dans la CTP-1991 a fait l'objet de plusieurs études qui ont fait ressortir, autant au Canada qu'aux États-Unis, des prévalences plus élevées chez les professions relatives à la vente^{9,15,17,21}. Le quatrième groupe, celui des directeurs de la restauration et des services d'hébergement, est divisé en deux sous-groupes dans la CTP-1991 : restauration-services d'alimentation et hébergement. Enfin, le dernier groupe montrant une consommation d'alcool hebdomadaire à risque plus élevé comprend les aides de soutien des métiers et manœuvres en construction. Dans la CTP-1991, ce groupe se divise également en deux sous-groupes : aides de soutien des métiers et manœuvres en construction, autres manœuvres et aides de soutien des métiers. Ce groupe professionnel s'est souvent lui aussi illustré pour des prévalences plutôt élevées de consommation d'alcool^{9,15,16,19-21}.

La présente étude comporte cependant des limites. Premièrement, le devis transversal ne permet pas l'établissement de relations causales. Deuxièmement, l'utilisation de données secondaires restreint le choix de certaines variables telles que la disponibilité du produit, la culture envers l'alcool au travail ou hors travail, le manque de contrôle et de supervision de l'employeur²². Troisièmement, la consommation d'alcool auto-rapportée pourrait sous-estimer la consommation réelle, mais ce type de mesure est généralement considéré comme valide et fiable¹⁵. Quatrièmement, la mesure de la consommation hebdomadaire ne permet pas de

faire ressortir le profil de la consommation en fonction de chaque jour de la semaine²³, la consommation étant sûrement plus faible en semaine que les fins de semaine. Enfin, bien que les analyses soient ajustées pour l'effet du sexe, des analyses séparées pour les hommes et pour les femmes pourraient être menées tout en diminuant le nombre de professions et secteurs économiques disponibles.

Malgré ces limites, les résultats de cette recherche soutiennent un différentiel de consommation d'alcool hebdomadaire à risque entre les professions et les secteurs économiques, indépendamment des conditions professionnelles de l'organisation du travail, de la situation familiale et des caractéristiques individuelles des travailleurs. Ces résultats permettent ainsi d'identifier un ensemble de profession où la prévalence de la consommation d'alcool hebdomadaire à risque est plus élevée. Ce faisant, des pistes d'action en santé publique peuvent être dégagées en vue d'une réduction des conséquences négatives d'une consommation d'alcool trop élevée au regard de ces professions. À ce titre, un examen des conditions de l'organisation du travail spécifiques à ces professions permettrait assurément d'identifier des conditions particulièrement pathogènes pouvant être améliorées conjointement par les employeurs et les travailleurs. Aussi, des moyens de prévention visant des interventions brèves, de l'information et des conseils²⁴ dirigés vers ces groupes à risque pourraient s'avérer une stratégie efficace pour favoriser de meilleures connaissances et comportements en matière de consommation d'alcool à faible risque et ainsi favoriser une réduction des méfaits pour les individus, les entreprises et la société dans son ensemble.

RÉFÉRENCES

1. Adlaf EM, Begin P, Sawka, E (Eds.). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
2. Bondy SJ, Rehm J, Ashley MJ, Walsh G, Single E, Room R. Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence. *Can J Public Health* 1999;90:264-70.
3. Peele SB, Brodsky A. Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: A necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug Alcohol Depend* 2000;60:221-47.
4. Marchand A, Demers A, Durand P, Simard M. Occupational variations in drinking and psychological distress: A multilevel analysis. *Work* 2003;21:153-63.
5. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fisher B, Gnam W, Patra J, et al. Les coûts de l'abus de substance au Canada 2002. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 2006.
6. Single E. *Profil canadien. L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999.
7. Single E. *Substance Abuse and the Workplace in Canada*. Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse, 1998.
8. Gabriel P. *Mental Health in the Workplace: Situation Analysis United States*. Geneva, Switzerland: International Labour Office, 2000.
9. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC). Substance use and gambling in the Alberta workplace, 2002: A replication study. Alberta: AADAC Research Services, 2003.
10. Statistique Canada. Classification type des professions 1991. Ottawa : Statistique Canada. Division des normes, 1993.
11. Statistique Canada. Système de classification des industries de l'Amérique du Nord : Canada 1997. Ottawa : Statistique Canada, Division des normes, 1998.
12. Schwartz JE, Peiper CF, Karasek R. A procedure for linking psychosocial job characteristics data to health survey. *Am J Public Health* 1988;78:904-9.
13. Karasek RA. Job content questionnaire and user's guide. Lowell, MA: Department of Work Environment, University of Massachusetts, 1985.
14. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. Toronto: John Wiley & Sons, 1989.
15. Frone MR. Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: A U.S. national survey. *J Stud Alcohol* 2006;67:147-56.
16. Mandell W, Eaton WW, Anthony JC, Garrison R. Alcoholism and occupations: A review and analysis of 104 occupations. *Alcohol Clin Exp Res* 1992;16:734-46.

17. Harford TC, Parker DA, Grant BF, Dawson DA. Alcohol use and dependence among employed men and women in the United States in 1988. *Alcohol Clin Exp Res* 1992;16:146-48.
18. Hemmingsson T, Weitoft GR. Alcohol-related hospital utilization and mortality in different occupations in Sweden in 1991-1995. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:412-19.
19. Parker DA, Harford TC. The epidemiology of alcohol consumption and dependence across occupations in the United States. *Alcohol Health Res World* 1992;16:97-106.
20. Substance Abuse Mental Health and Services (SAMHSA). Drug Use Among U.S. Workers Prevalence and Trends by Occupation and Industry Categories. Rockville, MD: SAMHSA, DHHS Publication Number (SMA) 96-3089, 1996.
21. Roberts ER, Lee ES. Occupation and the prevalence of major depression, alcohol, and drug abuse in the United States. *Environ Res* 1993;61:266-78.
22. Bacharach SB, Bamberger P, Sonnenstuhl WJ. Driven to drink: Managerial control, work related risk and employee drinking behavior. *Acad Manage J* 2002;45:637-58.
23. Marchand A. Alcohol use and misuse: What are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health* 2008;8:333 doi:10.1186/1471-2458-8-333.
24. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2003.

Reçu : 15 août 2008

Accepté : 12 février 2009

ABSTRACT

Objective: Examine the differences in weekly high-risk alcohol consumption among working people by economic sector and occupation.

Method: Secondary analysis of data from Cycle 2.1 of the Canadian Community Health Survey conducted by Statistics Canada. The sample comprised 76,136 subjects 15 years of age and older in 139 occupations and 96 economic sectors.

Results: The prevalence of weekly high-risk alcohol consumption is estimated to be 8 % among workers. Major disparities exist between men (11%) and women (6%). The results suggest a differential in weekly high-risk alcohol consumption by occupation and economic sector that is independent of working conditions, family status, and personal characteristics. Workers in five occupational groups have a greater likelihood of at-risk consumption (OR 1.88-2.94), whereas seven economic sectors stand out as having a lower risk (OR 0.25-0.59).

Discussion: Occupation appears to be of greater utility than economic sector for defining courses of action in public health. These research results make it possible to identify a set of occupations to target for preventive interventions in conjunction with other public health interventions.

Key words: Alcohol drinking; occupations; workplace; industry



CPHA ACSP
CANADA'S PUBLIC HEALTH LEADER
LE LEADER CANADIEN EN SANTÉ PUBLIQUE

Depuis 1910, l'Association canadienne de santé publique est le leader canadien en santé publique. L'ACSP :

- encourage la participation des citoyens à l'élaboration des politiques et des programmes de santé publique;
- rassemble divers particuliers et organismes, qui peuvent ainsi s'exprimer à l'unisson sur les enjeux de la santé publique au Canada et dans le monde; et
- se fait le maître d'œuvre d'un accès universel et équitable aux conditions fondamentales pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Les membres de l'ACSP sont sa force et lui donnent sa crédibilité, ses orientations et son pouvoir. Pour continuer à être le porte-parole de la santé publique, l'ACSP a besoin de votre savoir-faire et de votre appui.

Unissez votre voix aux nôtres.

Joignez-vous à l'ACSP dès aujourd'hui.

Téléphonez-nous en composant le (613) 725-3769, poste 118,
envoyez-nous un courriel à l'adresse membership@cpha.ca
ou visitez-nous en ligne sur le site <http://www.cpha.ca/adhesion>