

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CONSOMMATION ILLICITE DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE : UNE ÉTUDE AUPRÈS DES
PHARMACIENS QUÉBÉCOIS

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE ÈS SCIENCE DE LA GESTION

PAR

VALÉRIE PARENT

MARS 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord exprimer un immense merci à ma directrice Julie Cloutier. Merci de m'avoir pris sous ton aile et d'avoir cru en ce mémoire. Ton aide précieuse et ta patience exceptionnelle ont été essentielles à l'aboutissement de ce projet. Merci de m'avoir fait découvrir ces chers Ajzen et Karasek, que je considère maintenant comme des amis proches. Merci pour nos rencontres toujours empreintes de passion, d'humour et de bonne humeur.

Un grand merci à ma professeure, amie et mentor, Blandine Emilien. Merci, tout d'abord, de m'avoir permis de rencontrer Julie. Merci aussi de m'avoir donné ma chance en tant qu'auxiliaire de recherche en 2021 et de m'avoir accompagnée tout au long de cette maîtrise, malgré les hauts et les bas. Tu as su me guider non seulement sur le plan académique, mais aussi sur le plan personnel, et pour cela, je te serai éternellement reconnaissante. Sans toi, je ne suis pas certaine que j'aurais réussi àachever cette maîtrise.

Merci à mon père, qui a toujours cru en moi, même s'il est impatient que je termine mes études pour pouvoir enfin lui payer une pizza avec mon futur « salaire d'adulte ». Merci à mon frère Gabriel et à sa copine Kim, qui me soutiennent depuis tant d'années et m'encouragent dans l'écriture de ce qu'ils appellent, et je cite, « ce livre ». Un grand merci aussi à mon oncle Popo, qui m'a toujours poussé à aller plus loin. Sans toi, je ne serais pas là où je suis aujourd'hui. Et un merci spécial, tout en émotion, à ma maman, qui veille sur moi de là-haut, aux côtés de grand-papa Marius. Enfin, merci à mon pilier, mon humain préféré, ma grand-maman, qui m'a soutenue tout au long de cette aventure. Grand-maman, je sais que tu aurais aimé voir la fin de ce parcours, mais sache que c'est grâce à la force que tu m'as transmise, même depuis là-haut, que j'ai pu aller jusqu'au bout.

Un grand merci à mes amies Anouk et Laurane, qui ont su m'écouter, m'encourager et me soutenir tout au long de ce périple. Merci aussi à mes collègues Annabelle, Andrea, Chayma et Jean-Sébastien, qui ont patiemment écouté mes plaintes et mes inquiétudes au cours des derniers mois.

Enfin, un merci tout particulier à mes complices à quatre pattes, Muffin, Brioche et Fiona-Biscuit, qui ont littéralement mis la patte à la pâte lors de la rédaction de ce mémoire. Ils m'ont accompagné en restant sagement sur mes genoux pendant des heures de recherche et de rédaction, et ont même assisté à quelques réunions Zoom.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
RÉSUMÉ.....	VIII
 INTRODUCTION.....	 1
 CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 La consommation illicite de médicament d'ordonnance dans le secteur de la santé : l'importance du phénomène.....	3
1.2 État des connaissances sur les déterminants de la consommation de substances psychoactives dans le secteur de la santé.....	6
1.2.1 Facteurs individuels.....	6
1.2.2 Facteurs sociaux et environnementaux.....	7
1.2.3 Facteurs organisationnels et condition de travail.....	7
1.2.4 Le cas particulier des pharmaciens.....	8
1.3. Objectifs de la recherche et contribution scientifique.....	9
 CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL.....	12
2.1 Définition des concepts principaux.....	12
2.1.1 La profession de pharmacien.ne.....	13
Le travail du pharmacien.....	13
Les nouvelles responsabilités en matière de droit de prescription.....	14
La pandémie de la COVID-19.....	15
2.1.2 La consommation illicite de médicament d'ordonnance.....	15
Substances psychoactives.....	18
Médicaments d'ordonnance.....	18
2.2 Les théories mobilisées.....	19
2.2.1 Modèle demande-contrôle de Karasek (1979).....	20
2.2.2 La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991).....	27
Les trois mécanismes fondamentaux.....	29
L'attitude à l'égard du comportement et les croyances comportementales.....	29
Les normes subjectives et les croyances normatives.....	31
La perception de contrôle comportemental et les croyances liées au contrôle.....	35

Les trois mécanismes, l'intention et l'adoption du comportement.....	38
CHAPITRE III	
CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	43
3.1 Devis de recherche.....	43
3.2 L'échantillon.....	46
La population à l'étude et l'échantillonnage.....	46
La taille de l'échantillon.....	47
Les caractéristiques de l'échantillon.....	47
3.3 La collecte de donnée.....	49
3.4 Les instruments de mesure.....	51
3.4.1 La variable dépendante.....	51
La consommation illicite de médicaments d'ordonnance.....	52
3.4.2 Les variables indépendantes.....	53
Les demandes psychologiques.....	53
La latitude décisionnelle.....	55
La détresse psychologique.....	56
Croyances comportementales.....	57
Croyances normatives.....	58
Croyances liées au contrôle.....	58
Attitude face au comportement déviant.....	60
Normes subjectives.....	60
Normes morales.....	61
Contrôle comportemental perçu.....	61
CHAPITRE IV	
L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	64
4.1 Les résultats descriptifs et les corrélations entre les variables.....	64
4.1.1 La détresse psychologique.....	65
4.1.2 La consommation de substances psychoactives.....	66
4.1.3 L'analyse des composantes principales.....	67
La demande psychologique.....	67
La latitude décisionnelle.....	68
Les croyances comportementales, normatives et morales.....	69
Les croyances liées au contrôle : accès, risque, sanction et invincibilité.....	70
L'attitude, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu.....	71
4.1.4 L'analyse des corrélations entre les variables.....	72
4.2 La vérification des hypothèses de recherche.....	76
4.2.1 La technique de régression linéaire.....	76
4.2.2 Les résultats.....	77

4.2.3 La discussion des résultats.....	84
Retour sur les hypothèses.....	85
Consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens.....	87
CONCLUSION.....	89
BIOGRAPHIE.....	95

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 « Modèle demande-contrôle » inspiré de Karasek (1979).....	24
Figure 2.2 « Théorie du comportement planifié » inspiré d'Ajzen (2006 ; 2).....	27
Figure 2.3 Hypothèses résultants du modèle demande-contrôle de Karasek (1979).....	41
Figure 2.4 Hypothèses résultants de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991).....	42
Figure 4.1 Modèle d'analyse.....	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 - Concepts souvent confondus avec celui de « consommation illicite de substances psychoactives ».....	17
Tableau 3.1 - Âge des répondants.....	48
Tableau 3.2 - Années de pratique des répondants.....	48
Tableau 3.3 - Sexe des répondants.....	48
Tableau 3.4 - Type de pharmaciens.....	49
Tableau 3.5 - Questions sur la consommation illicite de substances psychoactives.....	52
Tableau 3.6 - Questions sur le statut de prescription du médicament.....	53
Tableau 3.7 - Questions sur les demandes psychologiques.....	54
Tableau 3.8 - Questions sur la latitude décisionnelle.....	55
Tableau 3.9 - Attribution des points selon les modalités de réponses.....	59
Tableau 3.10 - Questions sur la détresse psychologique.....	55
Tableau 4.1 - Résultats d'analyse de la détresse psychologique.....	66
Tableau 4.2 - Statistiques descriptives de la demande psychologique.....	67
Tableau 4.3 - Statistiques descriptives de la latitude décisionnelle.....	68
Tableau 4.4 - Statistiques descriptives des croyances comportementales, normatives et morales.....	69
Tableau 4.5 - Statistiques descriptives des croyances liées au contrôle : accès, risque, sanction et invincibilité.....	70
Tableau 4.6 - Statistiques descriptives de l'attitude, des normes subjectives et du contrôle comportemental perçu.....	71
Tableau 4.7 - Corrélations entre les variables issues du modèle demande-contrôle.....	73
Tableau 4.8 - Corrélations entre les variables issues de la théorie du comportement planifié.....	75
Tableau 4.9 - Résultats de la régression multiple pour la détresse psychologique.....	78
Tableau 4.10 - Résultats de la régression multiple pour la consommation de psychotropes.....	78
Tableau 4.11 - Résultats de la régression multiple pour les croyances comportementales.....	79
Tableau 4.12 - Résultats de la régression multiple pour l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes.....	80
Tableau 4.13 - Résultats de la régression multiple pour les normes subjectives.....	80
Tableau 4.14 - Résultats de la régression multiple pour le contrôle comportemental perçu : l'opportunité et la dépendance	81

RÉSUMÉ

Cette étude s'inscrit dans un contexte où la consommation de substances psychoactives parmi les professionnels de la santé, en particulier les pharmaciens, constitut un sujet d'intérêt croissant. L'accès direct aux médicaments contrôlés, combiné à des pressions professionnelles croissantes, crée un environnement propice à la consommation de substances illicites. À la suite d'une revue de la littérature approfondie, et constatant que ce sujet demeure peu étudié, notre objectif est d'examiner l'influence des facteurs psychosociaux sur la consommation illicite de médicaments d'ordonnance.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous avons mobilisé le modèle demande-contrôle de Karasek (1979), qui met en lumière l'impact des exigences professionnelles et du manque de contrôle sur la détresse psychologique. Ce modèle montre que lorsque les demandes au travail sont élevées et que l'autonomie est faible, cela génère un stress accru, susceptible de pousser à des comportements à risque, tels que la consommation de substances psychoactives. En complément, la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991) a été utilisée pour explorer les facteurs cognitifs qui influencent les décisions de consommation. Cette théorie stipule que l'attitude envers un comportement, la pression sociale perçue (normes sociales) et la perception du contrôle personnel sont trois déterminants clés qui influencent les comportements, ici la consommation de psychotropes sans ordonnance. Ensemble, ces deux théories permettent d'intégrer à la fois les dimensions organisationnelle (l'organisation du travail), psychologiques et sociales offrant ainsi une vision plus globale du phénomène.

Notre étude repose sur un échantillon de pharmaciens exerçant au Québec, parmi lesquels 49 participants ont complété un questionnaire auto-administré en ligne. Ce faible taux de réponse, représentant 0,47% de la population cible, limite la généralisation des résultats. Le questionnaire visait à recueillir des données sur la consommation de substances psychoactives, les facteurs psychosociaux au travail et les attitudes des participants face à la consommation de ces substances. Pour analyser les données, la régression linéaire multiple a été utilisée pour examiner les relations entre les variables, tandis que l'alpha de Cronbach a servi à évaluer la cohérence interne des échelles de mesure. Le devis de recherche choisi est un devis de recherche corrélational à coupe transversale, offrant ainsi un instantané des comportements et perceptions des pharmaciens à un moment précis.

Les résultats révèlent des liens significatifs entre les variables étudiées. Tout d'abord, les demandes qualitatives et quantitatives au travail est fortement liée avec la détresse psychologique des pharmaciens, validant ainsi l'hypothèse du modèle demande-contrôle de Karasek. De même, les croyances comportementales, telles que l'attitude face à la consommation de substances illicites, sont des prédicteurs de consommation, confirmant ainsi l'un des postulats de la théorie du comportement planifié d'Ajzen. Cependant, certaines hypothèses, comme celles concernant les normes sociales perçue, n'ont pas montré de corrélations significatives. Ces résultats soulignent l'importance des facteurs psychosociaux au travail, les demandes qualitatives et quantitatives et la perception du contrôle, dans l'explication de la consommation de substances chez les pharmaciens.

Mots clés : consommation de substances, pharmaciens, Théorie du Comportement Planifié, modèle demande-contrôle de Karasek, facteurs psychosociaux, médicaments d'ordonnance, consommation illicite

INTRODUCTION

La consommation illicite de médicaments d'ordonnance chez les pharmaciens constitue un enjeu préoccupant, tant pour la santé des professionnels que pour la sécurité des patients. Ce phénomène, encore peu documenté, s'explique par une combinaison de facteurs individuels (Cares, Pace, Denious et al., 2015), sociaux (Dabney, 2001) ; Kenna et Lewis, 2005 et 2008) et organisationnels (Frone, 2008). L'accès privilégié aux substances psychoactives (Dabney, 2001), conjugué aux pressions professionnelles croissantes (Frone, 2008), peut favoriser une consommation non conforme, posant ainsi des défis majeurs en matière de santé publique et de régulation professionnelle.

L'état actuel des connaissances met en évidence plusieurs déterminants de la consommation de substances psychoactives dans le secteur de la santé notamment les demandes qualitatives et quantitatives (Frone, 2008) et les croyances individuelles des pharmaciens (Kenna et Lewis, 2008 ; Kenna et Wood, 2004). Toutefois, les recherches portant spécifiquement sur cette profession restent limitées. Alors que la littérature s'est davantage penchée sur les infirmiers (Cares et al., 2015) et les médecins (Kenna et Wood, 2004 et 2005), la consommation illicite de médicaments d'ordonnance chez les pharmaciens demeure un sujet nécessitant des investigations plus approfondies. Ce mémoire vise ainsi à combler cette lacune en explorant les facteurs psychosociaux et contextuels qui influencent ce comportement.

L'objectif principal de cette étude est d'examiner comment les facteurs individuels tel que les croyances, et les facteurs psychosociaux, tel que les demandes qualitatives, quantitatives et émotionnelles, influencent la consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens québécois.

Ce mémoire est structuré en quatre chapitres. Le premier présente la problématique, mettant en lumière les enjeux liés à la consommation illicite de médicaments d'ordonnance chez les pharmaciens. Le deuxième chapitre expose le cadre théorique en détaillant les modèles de Karasek et d'Ajzen ainsi que les concepts clés mobilisés. Le troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée, notamment la conception du questionnaire et les techniques d'analyse des données. Le quatrième chapitre est consacré à l'interprétation des résultats obtenus, en examinant les corrélations et les tendances observées. Enfin, la conclusion revient sur les principales contributions de cette recherche, tout en suggérant des pistes pour des interventions préventives et des études futures.

Cette étude vise ainsi à mieux comprendre les facteurs qui sous-tendent la consommation de substances psychoactives chez les pharmaciens.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

1.1 La consommation illicite de médicament d'ordonnance dans le secteur de la santé : l'importance du phénomène.

Dans sa plus large acception, la consommation illicite de médicaments d'ordonnance est définie comme l'usage illégal (sans ordonnance médicale) de médicaments d'ordonnance spécifiques, à savoir des substances psychoactives caractérisées par leurs actions sur le système nerveux central (ex. : analgésiques narcotiques, tranquillisants, stimulants, opiacés) (Frone, 2019 ; Parks, Frone et Muraven, 2020). Il s'agit là d'un problème de plus en plus préoccupant chez les travailleuses et travailleurs du secteur de la santé, pour lesquels la prévalence de la consommation s'avère élevée (Cares et al., 2015 ; Kenna et Lewis, 2008). Des études montrent une prévalence notable de la consommation illicite de substances chez les pharmaciens. Kenna et Wood (2004) rapportent que 25 % des pharmaciens ont consommé des opioïdes illicites au moins une fois dans leur vie, contre 15 % des infirmières. De même, Dabney (2001) indique que 39,5 % des pharmaciens ont utilisé illicitement des médicaments d'ordonnance, incluant des analgésiques narcotiques (7,1 %), des relaxants musculaires (13,8 %) et des amphétamines (13,4 %). En parallèle, Trinkoff, Storr et Wall (1999) constatent que 60,3 % des infirmières exposées à ces substances consomment des opiacés, tandis que Cares et al. (2015) révèlent que 25 % d'entre elles se procurent ces médicaments directement sur leur lieu de travail.

Les données révèlent que les professionnels de santé, tels que les pharmaciens et les infirmières, sont particulièrement vulnérables à l'usage de substances psychoactives sans ordonnance, avec des taux significativement supérieurs à ceux observés dans la population générale (Cares et al., 2015 ; Kenna et Lewis, 2008). Ce comportement engendre des conséquences graves, non seulement sur le plan de la santé individuelle, mais également sur le plan organisationnel et sociétal (Cares et al., 2015 ; Pezaro, Maher, Bailey et al., 2021 ; Frone, 2004 ; Dabney, 2001 ; Polles, Williams, Phalin et al., 2020 ; Garavan et Stout, 2005 ; Sorge, Young, Maloney-Hall et al., 2020) en plus d'affecter les performances professionnelles, l'assiduité, ainsi que le respect des normes déontologiques.

Sur le plan organisationnel, la consommation de ces substances a des répercussions directes sur le rendement, l'assiduité, et le respect des normes déontologiques (Cares et al., 2015 ; Pezaro et al., 2021 ; Frone, 2004 ; Sorge et al., 2020). Notamment, les effets neuropsychologiques, largement

documentés, montrent que l'usage chronique de substances psychoactives peut entraîner des déficits cognitifs importants, affectant des fonctions cruciales telles que le jugement et la prise de décisions (Polles et al., 2020 ; Garavan et Stout, 2005). De plus, l'étude de Cares et al. (2015) citée plus haut révèle que 40 % des infirmières sondées estiment que leur compétence au travail a été affectée par leur consommation, tandis que 48% admettent que leurs performances globales en ont souffert. Plus préoccupant encore, 27% des infirmières reconnaissent avoir mis en danger la sécurité des patients en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues.

Une autre forme de répercussion organisationnelle est soulignée par Frone (2004) qui mentionne que la consommation de substances sur le lieu de travail entraîne une augmentation des retards et de l'absentéisme, ce qui perturbe la prestation des services. Elle affecte également de manière significative la performance globale des employés. Ces impacts sur la performance incluent un risque accru d'accidents et de blessures, une exécution moins efficace des tâches, ainsi que des performances contextuelles dégradées, telles que la coopération et le soutien apporté aux collègues. En outre, Frone (2004) mentionne que la consommation de substances peut également mener à des comportements contre-productifs, qui englobent des actions nuisibles à l'organisation ou à ses membres, allant du non-respect des procédures à des comportements plus graves, comme le sabotage ou le harcèlement.

Une troisième forme de répercussion organisationnelle fort préoccupante découle des infractions déontologiques et légales. Dabney (2001) rapporte que 69% des pharmaciens ayant des problèmes de consommation ont violé leur code de déontologie, principalement en volant des médicaments sur ordonnance (61%) ou en falsifiant des ordonnances (8%). Ces infractions posent non seulement des risques légaux considérables pour les professionnels de santé, mais aussi des menaces potentielles pour la santé des patients.

Les répercussions individuelles sont aussi un enjeu. Sur le plan neuropsychologique, la méta-analyse qu'ont réalisée Polles et al. (2020) met en lumière les effets profonds de la consommation de substances psychoactives sur le cerveau. Les recherches montrent que la consommation chronique de ces substances entraîne des changements structurels significatifs dans les zones frontales et préfrontales du cerveau, lesquelles sont cruciales pour des fonctions telles que le jugement, la planification, la maîtrise de soi et la prise de décisions. Par ailleurs, les études d'imagerie cérébrale ont révélé que ces changements structurels sont souvent accompagnés de modifications dans l'activité cérébrale, notamment une altération de la capacité à résister aux envies de consommer et une difficulté accrue à contrôler les impulsions. De plus, la consommation chronique affecte

également des aspects essentiels de la santé neuronale, tels que le métabolisme énergétique du cerveau et la réponse inflammatoire, ce qui peut avoir un impact négatif sur la cognition (Polles et al., 2020).

Certaines théories neurocognitives suggèrent que les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de substances (SUD) ont du mal à réagir de manière appropriée au retour d'information, ce qui pourrait être lié à une diminution de la réactivité neuronale causée par l'usage prolongé de drogues, entraînant ainsi des erreurs de traitement cognitif (Garavan et Stout, 2005). Bien que l'effet des opioïdes soit difficile à isoler en raison de la poly-consommation fréquente chez les utilisateurs chroniques, des études montrent que leur usage est associé à une gamme de déficits neuropsychologiques (Baldacchino, Steele, Davey et al., 2012).

Au niveau des répercussions sociétales, la consommation de drogues entraîne également des conséquences graves dont la mortalité prématurée (Sorge et al., 2020). En 2014, un nombre considérable de Canadiens en âge de travailler ont perdu la vie à cause de la consommation de drogues, ce qui a considérablement réduit la main-d'œuvre active et conduit à une perte significative d'années potentielles de vie productive. En termes d'invalidité de longue durée, un nombre important de Canadiens étaient incapables de travailler en 2014 en raison de troubles liés à la consommation de substances telles que les opioïdes et autres drogues. Ces conditions ont contribué à une perte considérable d'années de vie productive, soulignant l'impact socio-économique majeur de l'usage de ces substances (Sorge et al., 2020).

Sur le plan des coûts sociaux, l'étude menée par Sorge et al. (2020) fournit une analyse approfondie des couts à la consommation de substances psychoactives, autres que l'alcool et le tabac, au Canada. En 2014, la perte de productivité attribuable à l'usage de drogues illicites et de certains médicaments prescrits a été estimée à plusieurs milliards de dollars, représentant un coût significatif pour l'économie canadienne. Parmi ces substances, les opioïdes sont les plus coûteux, représentant 12% des coûts totaux de perte de productivité. D'autres dépresseurs du système nerveux central (SNC) contribuent à 4%, tandis que les stimulants du SNC, le cannabis, la cocaïne et d'autres substances psychoactives représentent chacun environ 2 % (Sorge et al., 2020).

En résumé, la consommation illicite de médicaments d'ordonnance constitue un enjeu préoccupant dans le secteur de la santé, où la prévalence de ce phénomène se révèle passablement élevée. Les professionnels de santé, comme les pharmaciens et les infirmiers, sont particulièrement touchés, avec des taux plus élevés que dans le reste de la population (Cares et al., 2015 ; Kenna et Lewis, 2008). Cela

a des répercussions importantes, non seulement sur leur santé mentale et cognitive, mais aussi sur leur travail, en affectant leur jugement et leur capacité à prendre des décisions, ce qui peut nuire à leurs performances et à l'éthique de leur profession (Polles et al., 2020 ; Sorge et al., 2020). Compte tenu de l'importance du phénomène de consommation illicite de substances psychoactives dans le secteur de la santé et des conséquences individuelles, organisationnelles et sociétales évoquées plus haut, il est impératif de s'intéresser à ses facteurs déterminants.

1.2 État des connaissances sur les déterminants de la consommation de substances psychoactives dans le secteur de la santé

Les recherches sur la consommation illicite de psychotropes se sont principalement concentrées sur les infirmières (Cares et al., 2015 ; Mynatt, 1996 ; Trinkoff et al., 1999 ; Trinkoff, Yoon, Selby et al., 2021), les médecins (Hughes, Storr, Brandenburg et al., 1999) et les étudiants en médecine et en soins infirmiers (Akvardar, Demiral, Ergor et al., 2004 ; McAuliffe, Rohman, Fishman et al., 1984). D'autres études ont analysé ce phénomène chez l'ensemble des professionnels de la santé (Kenna et Lewis, 2008 ; Kenna et Wood, 2004) ou encore chez les étudiants inscrits en sciences de la santé (Kenna et Wood, 2004 et 2008).

Les déterminants de cette consommation peuvent être regroupés en trois grandes catégories : facteurs individuels, facteurs sociaux et facteurs organisationnelles.

1.2.1 Facteurs individuels

Parmi les principaux déterminants individuels figurent l'âge et le sexe. Les professionnels de santé plus âgés ont tendance à consommer moins de substances psychoactives (Kenna et Lewis, 2008 ; Kenna et Wood, 2004). Chez les infirmières, les hommes présentent une consommation illicite de médicaments d'ordonnance plus élevée (Trinkoff et al., 1999).

D'autres facteurs personnels influencent également cette consommation, notamment les antécédents familiaux de toxicomanie et d'alcoolisme (Kenna et Wood, 2004, 2005). De plus, une forte consommation d'alcool et de tabac augmente le risque de consommation d'autres substances psychoactives (Kenna et Lewis, 2008 ; Kenna et Wood, 2004). À l'inverse, les croyances religieuses semblent jouer un rôle protecteur en instaurant une moindre tolérance aux comportements déviants et en renforçant le contrôle social (Kenna et Wood, 2004).

Un autre facteur clé est la connaissance des substances psychoactives. Les étudiants en soins infirmiers, par exemple, sont plus enclins à l'automédication en raison de leur savoir médical (Soroush, Abdi, Andayeshgar et al., 2018). Kenna et Lewis (2008) parlent d'"invincibilité pharmaceutique", où les professionnels de la santé sous-estiment leur vulnérabilité à la dépendance en raison de leur expertise en pharmacologie.

1.2.2 Facteurs sociaux et environnementaux

L'influence des collègues constitue un élément déterminant dans la consommation de substances psychoactives. Être exposé à des collègues qui consomment augmente le risque d'adoption de ces comportements (Kenna et Lewis, 2008). Tiu, Teng-Calleja, Hechanova et al. (2019) montrent que la culture organisationnelle, notamment les conditions de travail et le climat de travail permissif, peut normaliser ces pratiques et influencer la fréquence de consommation.

Cependant, si le contexte social peut encourager la consommation, l'isolement constitue également un facteur aggravant. Kenna et Lewis (2008) soulignent que les professionnels de la santé qui se coupent de leurs relations sociales sont plus à risque de développer une consommation excessive.

1.2.3 Facteurs organisationnels et conditions de travail

Les caractéristiques du milieu de travail jouent un rôle dans la consommation de substances. La charge de travail est un facteur souvent cité : les professionnels soumis à une forte pression ressentent le besoin de consommer pour fonctionner (Frone, 2008 ; Kenna et Lewis, 2008).

Un cas particulièrement révélateur est celui des sage-femmes. Une étude menée auprès de 623 sage-femmes a révélé que 28 % d'entre elles présentaient une consommation problématique de substances, justifiée par des facteurs tels que le stress au travail, l'anxiété, l'intimidation et les traumatismes liés à des incidents cliniques (Pezaro et al., 2021).

Un autre facteur déterminant est l'accès aux substances psychoactives. L'étude de Trinkoff et al. (1999) montre que l'absence de contrôle strict sur l'inventaire des médicaments facilite leur détournement. Kenna et Wood (2004) confirment que la disponibilité des médicaments en milieu de travail constitue un élément majeur favorisant la consommation.

1.2.4 Le cas particulier des pharmaciens

Les recherches sur la consommation de psychotropes chez les pharmaciens sont plus rares (Dabney, 2001 ; Dabney et Hollinger, 1999 ; Kenna et Wood, 2004 ; Merlo, Cummings et Cottler, 2014). Pourtant, les données disponibles indiquent une prévalence élevée de cette pratique. Dabney (2001) rapporte que 40 % des pharmaciens ont consommé illicitelement des médicaments d'ordonnance. Kenna et Wood (2004) précisent que les pharmaciens abusent particulièrement des opiacés (24,8 %), des stimulants (15,8 %) et des anxiolytiques (14,3 %).

Leur formation et processus de socialisation jouent un rôle clé dans cette tendance. Dabney et Hollinger (1999) estiment que les pharmaciens sont exposés à une vision très technique des médicaments, minimisant les risques d'abus. De plus, le concept d'"invincibilité pharmaceutique" renforce cette dynamique : les pharmaciens croient être mieux préparés que d'autres professionnels pour gérer leur propre consommation (Dabney et Hollinger, 1999).

La facilité d'accès aux médicaments constitue également un facteur déterminant. Selon Merlo et al. (2014), les pharmaciens se procurent illégalement des médicaments via le vol de stocks périmés, la falsification de registres ou encore la modification d'ordonnances.

En conclusion, les recherches sur la consommation illicite de substances psychoactives dans le secteur de la santé révèlent une multitude de facteurs déterminants. Parmi les plus importants figurent l'accès aux substances (Trinkoff et al., 1999 ; Kenna et Wood, 2004), les antécédents familiaux (Kenna et Wood, 2004, 2005), les croyances religieuses (Kenna et Wood, 2004) et les influences sociales et organisationnelles (Tiu et al., 2019 ; Kenna et Lewis, 2008).

Bien que l'on sache que la consommation illicite de médicaments d'ordonnance touche plusieurs professionnels de la santé, il reste encore beaucoup à découvrir, en particulier chez les pharmaciens. Malgré des études indiquant une prévalence élevée de cette consommation dans cette profession (Dabney, 2001), peu de recherches se sont penchées sur les facteurs spécifiques qui y contribuent, comme l'attitude favorable à l'automédication (Dabney, 2001), leur accès facile aux médicaments (Dabney et Hollinger, 1999 ; Merlo et al., 2014) le sentiment d'invincibilité qu'ils peuvent ressentir face aux risques d'addiction (Kenna et Lewis, 2008). Il est donc essentiel d'approfondir ces aspects pour mieux comprendre ce phénomène chez les pharmaciens, notamment leur tendance à l'automédication et comment leur environnement de travail joue un rôle clé dans ce comportement (Dabney et Hollinger, 1999 ; Merlo et al., 2014).

Certaines questions restent peu explorées, notamment l'influence des croyances personnelles, la pression des pairs et les stratégies d'adaptation au stress dans la consommation de substances psychoactives par les pharmaciens.

1.3 Objectifs de la recherche et contribution scientifique

La littérature existante présente certaines lacunes qu'il est essentiel de souligner pour mieux situer notre recherche. Bien que des études aient exploré la consommation de substances chez les professionnels de la santé, peu se sont spécifiquement intéressées à la situation des pharmaciens, en particulier dans le contexte récent des nouvelles responsabilités professionnelles et des impacts de la pandémie de COVID-19. La pandémie a eu des répercussions majeures sur la santé mentale des professionnels de la santé, aggravant la détresse morale et psychologique ainsi que la consommation de substances. Plusieurs études convergent vers ce constat (Johnston, O'Reilly, Scholz et al., 2021 ; Association des pharmaciens du Canada, 2014 ; Plouffe, Nazarov, Forchuk et al., 2021 ; Campbell, Knipp, Anwar et al., 2023). En effet, une augmentation marquée de la détresse morale, de la dépression, de l'anxiété et du trouble de stress post-traumatique a été observée chez ces professionnels (Plouffe et al., 2021). Cette détresse s'accompagne d'une hausse significative de la consommation de substances (Campbell et al., 2023).

D'ailleurs, depuis la promulgation de la loi 67 au Québec, les pharmaciens ont vu leurs responsabilités considérablement étendues, incluant la prescription de médicaments et la gestion de diverses tâches cliniques (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024). Cette évolution a entraîné une augmentation significative de leur charge de travail et des niveaux de stress, amplifiés par la pandémie, ce qui a accru leur exposition à des comportements de consommation problématique (Cadogan et Hughes, 2021 ; Johnston et al., 2021).

L'étude des pharmaciens, en particulier par rapport à d'autres professionnels de la santé, présente des caractéristiques uniques qui soulignent son importance. Contrairement aux médecins ou aux infirmières, les pharmaciens ont un accès direct et facilité à une large gamme de médicaments, ce qui joue un rôle déterminant dans la consommation de substances psychotropes (Kenna et Lewis, 2008). De plus, la perception d'expertise peut créer un environnement où les comportements d'automédication sont plus fréquents, alimenté par une confiance excessive dans leur propre capacité à gérer les effets des médicaments (Armitage, Conner, Loach et al., 1999 ; Dabney, 2001). En comparant ces dynamiques avec celles observées dans d'autres domaines de la santé, cette recherche

permet de mieux comprendre les spécificités du comportement de consommation chez les pharmaciens et d'identifier des stratégies adaptées pour minimiser les risques associés.

Dans cette étude, nous tentons d'examiner comment les facteurs liés à la demande psychologique et à la disponibilité des médicaments influencent la consommation de substances chez les pharmaciens. En effet, la combinaison de la surcharge de travail, du stress accru, et de l'accès facilité aux substances psychotropes dans leur environnement professionnel crée un contexte particulièrement propice à la consommation problématique (Dabney, 2001). En analysant ces facteurs dans le contexte des pharmaciens, l'étude vise à éclairer les dynamiques spécifiques à cette profession.

L'objectif de cette recherche est de déterminer dans quelle mesure les facteurs psychosociaux, l'attitude envers la consommation illicite de substances psychoactives, les normes sociales et la perception de contrôle influencent la consommation de substances psychoactives chez les pharmaciens. Notre étude cherche à éclairer les déterminants de la consommation de substances dans cette profession en mobilisant le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) et la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991). En particulier, cette recherche vise à explorer le rôle des stratégies d'adaptation, des pressions sociales et de la perception de contrôle, qui influencent les comportements liés à la consommation. Les stratégies d'adaptation sont des efforts conscients pour gérer les facteurs de stress, en visant à maximiser les effets positifs et minimiser les effets négatifs (Sideridis, 2006 ; Lee et Liu, 2001).

À ce jour, les recherches sur les facteurs psychosociaux influençant la consommation de substances chez les pharmaciens restent insuffisantes, en particulier en ce qui concerne l'interaction entre surcharges de travail, la détresse psychologique et l'accessibilité des médicaments. Une meilleure compréhension de l'interaction entre ces déterminants pourrait éclairer les raisons pour lesquelles certains pharmaciens sont plus susceptibles de consommer des substances de manière illicite. Une autre lacune notable est l'absence d'étude approfondie sur le rôle des normes sociales spécifiques à cette profession, et comment elles interagissent avec les autres facteurs de risque psychosocial. Notre étude comble cette lacune en offrant une mise en lumière du comportement de consommation des pharmaciens et de ses déterminants en milieu de travail.

En outre, cette recherche entend apporter une contribution théorique en enrichissant la compréhension des dynamiques spécifiques à cette profession par l'intégration du modèle demande-contrôle et de la théorie du comportement planifié. Alors que le modèle demande-contrôle a été largement utilisé dans des contextes professionnels généraux, son application spécifique aux

pharmaciens reste encore peu étudiée. Par ailleurs, bien que la théorie du comportement planifié ait été appliquée à divers comportements de santé, son application dans le contexte des pharmaciens face à la consommation illicite de substances psychoactives est encore à développer.

Les résultats de cette étude devraient permettre de mieux comprendre les pressions spécifiques exercées sur les pharmaciens, exacerbant leur détresse psychologique et influençant leur consommation de substances. Ces résultats auront des implications importantes pour le développement de politiques et d'interventions plus ciblées, visant à améliorer le soutien aux pharmaciens et à promouvoir des pratiques professionnelles plus sûres.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Ce deuxième chapitre est consacré à la présentation du cadre théorique. Celui-ci joue un rôle fondamental en posant les bases conceptuelles et théoriques nécessaires pour comprendre le phénomène étudié. Dans un premier temps, nous définirons les concepts principaux, en particulier le rôle évolutif du pharmacien dans le système de santé moderne et les défis auxquels il est confronté. Il sera notamment question de la prescription et de la gestion des médicaments dans un contexte de pressions accrues, comme celles provoquées par des crises sanitaires telles que la pandémie de COVID-19. Cette section présente également le concept central de ce mémoire, soit la consommation illicite de médicaments d'ordonnance.

La deuxième section de ce chapitre présente les théories pertinentes pour analyser les comportements de consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens. Deux théories sont mobilisées : la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (Ajzen, 1991) et le Modèle Demande-Contrôle de Karasek (1979). La TCP fournit un éclairage sur les mécanismes cognitifs et sociaux influençant les intentions de consommation, tandis que le modèle Demande-Contrôle met en relation les caractéristiques de l'organisation du travail (sources de stress) et les comportements de santé, notamment la consommation de substances psychoactives. La combinaison de ces deux approches permet une compréhension approfondie des facteurs tant individuels qu'organisationnels qui peuvent mener à la consommation illicite de substances psychoactives. Ces théories permettront de formuler les hypothèses de recherche concernant les déterminants de la consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens.

2.1 Définition des concepts principaux

Le rôle du pharmacien, jadis limité à la préparation des médicaments, a considérablement évolué au fil du temps pour devenir un acteur clé dans le système de santé moderne. L'évolution du rôle de pharmacien leur permet d'exercer dans divers environnements, notamment les pharmacies communautaires, les établissements de santé, les groupes de médecine familiale, et même dans des rôles non traditionnels tels que la recherche et l'enseignement (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024). Leur mission englobe non seulement la gestion des prescriptions et le suivi des traitements, mais également l'éducation des patients et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé (Pearson, 2007).

Les responsabilités des pharmaciens ont été étendues par la loi 67 (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024), leur permettant désormais de prescrire certains médicaments et de gérer des pathologies mineures. Des études antérieures (Law, Ma, Fisher et al., 2012) avaient déjà mis en évidence les avantages d'un tel élargissement des rôles des pharmaciens, notamment pour les patients sans médecin de famille et la réduction de la pression sur les hôpitaux. Cette évolution a été accélérée par des événements récents comme la pandémie de COVID-19, qui a mis en lumière l'importance des pharmaciens en tant que première ligne de contact dans le système de santé. Ils ont dû gérer une augmentation des demandes, s'adapter aux nouvelles responsabilités, et faire face à des défis additionnels tels que la pénurie d'équipements et le stress accru (Elbeddini, Prabaharan, Almasalki et al., 2020a ; Elbeddini, Wen, Tayefhchamani et al., 2020b ; Cadogan et Hughes, 2021 ; Johnston et al., 2021).

2.1.1 La profession de pharmacien.ne

Le travail du pharmacien

Le Québec compte plus de 10 000 pharmaciens (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024). Pour exercer, chaque diplômé doit adhérer à l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). Ces professionnels travaillent dans divers milieux, notamment en pharmacie communautaire, en établissement de santé, en Groupe de Médecine de Famille (GMF) et dans des environnements non traditionnels (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024).

En pharmacie communautaire, le pharmacien prépare et dispense les médicaments prescrits, vérifie les interactions médicamenteuses et conseille les patients sur leur traitement (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024). En établissement de santé, il joue un rôle clé dans l'équipe soignante en collaborant avec les médecins pour optimiser la thérapie médicamenteuse et assurer le suivi des patients lors de leur hospitalisation et à leur sortie (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024).

Au sein d'un GMF, le pharmacien travaille en étroite collaboration avec une équipe multidisciplinaire. Il veille à la pertinence des traitements prescrits et supervise leur suivi, garantissant ainsi une prise en charge coordonnée des patients (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024). Quant aux milieux non traditionnels, ils incluent des rôles variés, tels que chercheurs, enseignants ou encore pharmaciens œuvrant dans les forces armées (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024).

Le rôle du pharmacien a évolué avec le temps. Autrefois limité à la préparation et à la distribution des médicaments, il s'est progressivement élargi à une fonction de relation d'aide et d'éducation à la santé,

encourageant l'autonomie des patients (Karrer, Buttet, Vincent et al., 2004). Aujourd'hui, les pharmaciens sont autorisés à poser certains diagnostics, prescrire certains médicaments, comme la contraception d'urgence, et adapter des prescriptions selon les besoins spécifiques des patients (Pearson, 2007).

Les nouvelles responsabilités en matière de droit de prescription.

L'Alberta a été la première province canadienne à octroyer aux pharmaciens le droit de prescrire (Bhatia, Simpson et Bungard, 2017). Dès 2012, sept provinces permettaient aux pharmaciens de renouveler ou modifier des prescriptions existantes et d'émettre certaines nouvelles ordonnances, facilitant ainsi l'accès aux soins, particulièrement pour les 4 millions de Canadiens sans médecin de famille à l'époque (Law et al., 2012).

Au Québec, bien que l'élargissement des rôles des pharmaciens ait été plus tardif, l'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ) a amorcé le processus en 2010, alors que 25 % de la population était sans médecin de famille (Canadian Pharmacist Association, 2010). En 2017, les pharmaciens québécois ont obtenu le droit de prescrire pour des maladies mineures, d'ajuster une prescription et d'accéder aux résultats de tests en laboratoire, bien qu'ils ne puissent pas encore administrer de vaccins (Bhatia et al., 2017). Depuis janvier 2020, leurs compétences se sont étendues à la prescription de traitements pour certaines maladies mineures et l'arrêt du tabac, ainsi qu'à la modification et prolongation d'ordonnances. Ils sont désormais autorisés à administrer des vaccins partout au Canada (Association des pharmaciens du Canada, 2024).

En juin 2024, le projet de loi 67 a été accueilli favorablement par l'OPQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ). Cette réforme reconnaît officiellement le rôle accru des pharmaciens dans l'évaluation de la santé des patients et l'optimisation des traitements médicamenteux. Elle prévoit l'élargissement des compétences des pharmaciens, incluant la prescription plus étendue de médicaments, la réalisation de prélèvements pour certaines infections et l'administration de traitements par différentes voies. Ces avancées visent à améliorer l'accès aux soins et la qualité des services, notamment pour les patients sans médecin de famille (Ordre des pharmaciens du Québec, 2024).

Ces nouvelles responsabilités s'accompagnent toutefois de défis. Une revue de la littérature souligne les préoccupations des patients et des médecins quant aux capacités des pharmaciens à prescrire, ainsi que des inquiétudes parmi les pharmaciens eux-mêmes, notamment en matière de formation et de

prise de décision. Certains expriment aussi un conflit de rôle, se percevant parfois davantage comme des commerçants que comme des prescripteurs (Zhou, Desborough, Parkinson et al., 2019).

La pandémie de la COVID-19

En tant que professionnels de la santé hautement accessibles, les pharmaciens ont vu leur charge de travail s'intensifier durant la pandémie de COVID-19. Considérées comme des commerces essentiels, les pharmacies sont restées ouvertes, permettant aux pharmaciens de maintenir l'accès aux soins malgré la pénurie d'équipements de protection individuelle (Elbeddini et al., 2020a, 2020b ; Johnston et al., 2021).

Au-delà de leur rôle traditionnel, les pharmaciens ont dû gérer un afflux massif de patients, s'adapter aux nouvelles informations médicales et assumer des responsabilités accrues (Cadogan et Hughes, 2021 ; Johnston et al., 2021). Cette pression a entraîné une augmentation de l'intimidation et des comportements incivils envers eux. Une étude australienne rapporte que 24 % des pharmaciens ont été victimes de comportements inappropriés de la part des patients, contribuant à une hausse de l'épuisement professionnel (Johnston et al., 2021).

L'Association Canadienne des Pharmaciens recommande ainsi de limiter l'exposition aux actualités liées à la COVID-19, afin de réduire le stress et la surcharge d'informations. Par exemple, il est suggéré d'éviter les bulletins télévisés au réveil (Association des pharmaciens du Canada, 2024).

En plus de leurs tâches habituelles, les pharmaciens ont dû s'informer en continu, éduquer les patients, intensifier les mesures sanitaires, gérer les pénuries de médicaments, réorienter les cas suspects et prioriser les patients vulnérables. Cette augmentation des responsabilités s'est accompagnée d'heures supplémentaires et d'une pénurie de personnel (Cadogan et Hughes, 2021 ; Johnston et al., 2021).

2.1.2 La consommation illicite de médicaments d'ordonnance

Le concept de « consommation illicite de substances psychoactives » est évoqué par différentes expressions dans la littérature, par exemple, l'« automédication » qui « est définie comme l'utilisation de médicaments pour traiter des symptômes ou des maladies auto-diagnostiqués.¹ » (Ramadan, 2022 ; 84).

¹ Traduction libre: «Self-medication (CHIC) is defined as the use of drugs to treat self-diagnosed symptoms or diseases. » (Ramadan, 2022; 84).

Dans son acceptation la plus large, la consommation illicite de substances psychoactives est définie comme l'usage illégal de substances qui agissent sur le système nerveux central (Frone, 2019 ; Parks et al., 2020). Cette définition renferme deux (2) principales dimensions :

- Ce qui est consommé : Il s'agit de la consommation de substances psychoactives. Une substance psychoactive est « un composé chimique qui agit principalement sur le système nerveux central, entraînant des modifications de la conscience, de la perception, de l'émotion, de la cognition ou du comportement² » (Frone, 2019 ; 276). Il peut être question d'analgésiques narcotiques (ex. : morphine, oxycodone), de dépresseurs (ex. : alcool, benzodiazépines), de stimulants (ex. : nicotine, caféine, amphétamines, cocaïne), d'hallucinogène (ex. : LSD, ecstasy, kétamine) ou du cannabis (Frone, 2019). Dans le cadre de notre étude, il s'agit exclusivement de médicaments d'ordonnance.
- La manière de se les procurer : Il s'agit de la consommation illicite. Cela signifie que le moyen de se procurer les substances n'est pas permis par la loi. Par conséquent, la consommation illicite concerne les substances psychoactives illégales (ex. LSD, ecstasy) et les substances psychoactives qui exigent une ordonnance médicale : a) mais qui sont consommées sans ordonnance médicale ou b) avec une ordonnance, mais selon une posologie plus élevée que celle prescrite (Frone, 2019). Notre étude ne concerne que les substances psychoactives d'ordonnance médicale, mais qui sont obtenues sans ordonnance.

Dans le cadre de notre étude, la consommation illicite de substances psychoactives est définie comme **l'usage illégal (sans ordonnance médicale) de médicaments d'ordonnance qui agissent sur le système nerveux central (ex. : analgésiques narcotiques, tranquillisants, stimulants)**. Le concept de « consommation illicite de substances psychoactives » est souvent confondu avec d'autres concepts assez similaires, par exemple, la consommation abusive ou encore l'usage excessif de substances psychoactives (Frone, 2019). Ceux-ci concernent « la consommation d'une quantité de substance qui dépasse un certain seuil de santé ou de sécurité³ » (Frone, 2019, p.277). La définition de ces concepts ne précise pas la manière de se procurer les substances psychoactives (légale ou illégale). L'abus ou l'usage excessif porte uniquement sur la quantité de médicaments consommés.

² Traduction libre: « A psychoactive substance is a chemical compound that acts primarily on the central nervous system, resulting in changes in consciousness, perception, emotion, cognition, or behavior. » (Frone, 2019; 276)

³ Traduction libre: « Excessive or heavy substance use involves consuming and amount of a substance that exceeds some health or safety threshold. » (Frone, 2019 ; 277)

Le tableau 2.1 présente les différents concepts reliés à la consommation de substances psychoactives, mais qui constituent des notions conceptuellement différentes.

Tableau 2.1 - Concepts souvent confondus avec celui de « consommation illicite de substances psychoactives ».

Abus de substances	<p>« L'abus de substances peut généralement être défini comme l'utilisation préjudiciable ou risquée de substances légales ou illégales, ou l'utilisation de substances légales d'une manière ou dans une quantité incompatible avec les recommandations médicales.⁴ » (Fisher et Roget, 2009)</p> <p>« L'abus de substances représente l'expérience de conséquences négatives importantes liées à la consommation répétée d'une substance.⁵ » (Frone, 2019 ; 277)</p> <p>« Un usage abusif engendre des dommages physiques, psychologiques, économiques, judiciaires ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement immédiat ou lointain. » (Ben Amar, 2014 ; 9)</p>
Dépendance	<p>« L'American Psychiatric Association (2000) définit la dépendance comme un état dans lequel le corps a besoin d'une drogue pour éviter le sevrage physique et psychologique. La dépendance survient lorsque la drogue domine la vie et que le toxicomane développe une tolérance, ce qui l'oblige à consommer des doses plus importantes de la drogue pour obtenir le même effet.⁶ » (Epstein, Burns et Conlon, 2010 ; 513)</p>
Trouble de consommation de substance	<p>« Le trouble lié à l'utilisation d'une substance (TUS) est un état complexe caractérisé par l'utilisation incontrôlée d'une substance en dépit de ses conséquences néfastes.⁷ » (American Psychiatric Association, 2023)</p>

La consommation illicite de substances psychoactives peut être considérée à la fois comme un comportement déviant et un mécanisme d'adaptation (coping). Les comportements déviants désignent des actions intentionnelles qui nuisent au bien-être d'un groupe ou de ses membres, notamment par la violation de normes établies (Robinson & Bennett, 1997). Dabney (2001) illustre ce phénomène en montrant que la consommation de médicaments d'ordonnance chez les pharmaciens peut être perçue comme une transgression des normes professionnelles et éthiques, compromettant ainsi l'intégrité du milieu de travail.

⁴ Traduction libre: « Substance abuse can generally be defined as the detrimental or risky use of legal or illegal substances or the use of legal substances in a manner or amount inconsistent with medical recommendations. » (Fisher, G. L. et Roget, N. A., 2009)

⁵ Traduction libre : « Substance abuse represents the experience of significant adverse consequences related to the repeated use of a substance. » (Frone, 2019 ; 277)

⁶ Traduction libre : « The American Psychiatric Association (2000) defines addiction as a condition in which the body must have a drug to avoid physical and psychological withdrawal and dependence occurs when the drug dominates one's life and the addict develops tolerance, which forces the person to consume larger doses of the drug to get the same effect. » (Epstein, P. M., Burns, C., et Conlon, H. A., 2010 ; 513)

⁷ Traduction libre : « Substance use disorder (SUD) is a complex a condition which there is uncontrolled use of a substance despite harmful consequence. » (American Psychiatric Association, 2023)

À l'inverse, les comportements d'adaptation visent à gérer des conditions stressantes en mobilisant des stratégies cognitives et comportementales pour minimiser les effets négatifs du stress (Sideridis, 2006). La littérature établit un lien entre la consommation de substances et le coping, en particulier face aux stresseurs professionnels (Frone, 2008 ; Nielsen, Gjerstad & Frone, 2018 ; Dabney, 2001). Frone (2008) démontre que ces stresseurs sont associés à la consommation de substances avant, pendant et après le travail, appuyant ainsi l'hypothèse de réduction de la tension. De même, Nielsen et al. (2018) relient la consommation de substances à la détresse psychologique, à la satisfaction au travail et au stress académique et professionnel.

Substances psychoactives

Une substance psychoactive est toute substance pouvant altérer les perceptions, l'humeur, la conscience et le comportement, affectant ainsi les fonctions physiques et psychologiques de l'individu (Ben Amar, 2014). Parmi ces substances, on retrouve l'alcool, la caféine, la cocaïne, les amphétamines et divers médicaments psychothérapeutiques.

Les substances psychoactives sont classées en cinq catégories : (1) les dépresseurs du système nerveux central (alcool, opiacés, anxiolytiques), qui ralentissent l'activité cérébrale et induisent une relaxation ; (2) les stimulants (amphétamines, caféine, nicotine, cocaïne), qui augmentent la vigilance et l'énergie ; (3) les perturbateurs (cannabis, hallucinogènes), qui modifient la perception et l'humeur ; **(4) les médicaments psychothérapeutiques, prescrits pour traiter divers troubles mentaux** ; et (5) les stéroïdes anabolisants, principalement utilisés dans un contexte sportif (Ben Amar, 2014).

Ce mémoire porte exclusivement sur la quatrième catégorie, soit les substances psychoactives prescrites à des fins thérapeutiques, telles que les anxiolytiques, les antidépresseurs et les antipsychotiques.

Médicaments d'ordonnance

Un médicament, considéré comme un psychotrope ou une substance psychoactive, est une substance administrée à des fins thérapeutiques (traitement) ou prophylactiques (prévention). Les médicaments doivent être prescrits par des médecins, et il ne faut pas les confondre avec les drogues, qui désignent des substances illicites (Ben Amar, 2014).

Il existe cinq groupes principaux de médicaments d'ordonnance : (1) les anxiolytiques et sédatifs ; (2) les hypnotiques (somnifères) ; (3) les antidépresseurs ; (4) les antipsychotiques ; et (5) les stabilisateurs de l'humeur (Ben Amar, 2014).

Les anxiolytiques et sédatifs, comme les benzodiazépines, aident à réduire l'anxiété, mais leur usage prolongé peut entraîner une dépendance et des effets secondaires comme des troubles de la mémoire et de la somnolence (Ben Amar, 2014). Les hypnotiques, utilisés pour induire le sommeil, peuvent affecter les capacités mentales et physiques, et des alternatives comme l'hygiène du sommeil peuvent parfois suffire (Ben Amar, 2014).

Les antidépresseurs agissent sur les neurotransmetteurs et sont utilisés pour traiter la dépression. Bien qu'efficaces, ils peuvent avoir des effets secondaires comme la sédation, l'insomnie, ou des troubles gastro-intestinaux, et nécessitent parfois plusieurs semaines pour être efficaces (Ben Amar, 2014).

Les antipsychotiques sont utilisés pour traiter les psychoses, et se divisent en deux catégories : de première et de deuxième génération. Leur utilisation ne crée pas de dépendance, mais leur interruption doit être supervisée par un médecin (Ben Amar, 2014).

Les stabilisateurs de l'humeur, tels que le lithium, régulent les phases maniaques et dépressives de la maladie affective bipolaire. Des alternatives comme l'acide valproïque et la carbamazépine sont également utilisées (Ben Amar, 2014).

Maintenant que les principaux concepts ont été définis, nous allons explorer les théories qui permettent de mieux comprendre leurs relations.

2.2 Les théories mobilisées

La compréhension des comportements de consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens nécessite une approche multidimensionnelle. Pour aborder ce phénomène complexe, il est pertinent d'examiner les influences psychologiques et organisationnelles en jeu. Deux cadres théoriques fournissent des perspectives complémentaires pour cette analyse : le Modèle Demande-Contrôle de Karasek (1979) et la Théorie du Comportement Planifié (TCP) d'Ajzen (1991).

Le Modèle Demande-Contrôle de Karasek (1979) met l'accent sur les facteurs organisationnels et environnementaux. Ce modèle explore comment les exigences professionnelles élevées et le manque de contrôle sur le travail peuvent engendrer du stress et influencer les comportements de santé. Pour

les pharmaciens, les conditions de travail telles que les charges de travail lourdes, les exigences de performance élevées et la perception d'un contrôle limité sur leurs tâches peuvent jouer un rôle crucial au recours à la consommation de substances psychoactives comme stratégie d'adaptation. En examinant la relation entre le stress au travail et la consommation de psychotropes, le modèle de Karasek aide à comprendre comment les environnements de travail peuvent créer des conditions qui favorisent ou réduisent les comportements de consommation illicite.

Parallèlement, la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (1991) est un modèle puissant pour analyser les processus cognitifs sous-jacents aux comportements humains. Selon cette théorie, les intentions d'un individu d'adopter un comportement sont façonnées par trois mécanismes principaux : l'attitude envers le comportement, les normes subjectives, et la perception du contrôle comportemental. Dans le contexte de la consommation illicite de psychotropes, la TCP permet de comprendre comment les pharmaciens évaluent les bénéfices et les risques associés à ce comportement, les pressions sociales perçues de leur entourage professionnel et personnel, ainsi que leur propre capacité à gérer les contraintes et obstacles liés à la consommation. L'analyse de ces dimensions permet d'éclairer les raisons sous-jacentes à l'intention de consommer des substances psychoactives de manière illicite et d'identifier les leviers pour intervenir efficacement.

En combinant ces deux théories, notre étude vise à fournir une approche intégrée des facteurs individuels et organisationnels influençant la consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens. La TCP aide à clarifier les mécanismes cognitifs et sociaux individuels, tandis que le modèle de Karasek met en lumière les conditions de travail et leurs effets sur la santé. Ensemble, ces approches permettent de mieux comprendre les dynamiques complexes à l'œuvre et d'élaborer des stratégies de prévention et d'intervention plus ciblées et efficaces. Cela nous permet aussi de mieux comprendre comment les facteurs externes liés au stress au travail, associés aux attitudes personnelles et aux pressions sociales, interagissent pour pousser certains pharmaciens à consommer illégalement des médicaments.

2.2.1 Modèle demande-contrôle de Karasek (1979)

Le modèle de gestion du stress développé par Karasek en 1979 (stress-management model of job strain), mieux connu sous le nom de modèle « demande-contrôle », repose sur l'analyse de l'organisation du travail pour prédire la tension psychologique (job strain ou stress) et les problèmes de santé mentale ainsi que la consommation de psychotropes. Dans son ensemble, ce modèle stipule que lorsque les employés font face à des demandes qui surpassent ce qu'ils sont capables de fournir,

ils ressentent une tension psychologique (job strain ou stress). L'accumulation de cette tension a pour effet d'accroître le niveau de détresse psychologique à plus ou moins long terme et la consommation de substances psychoactives (ex. : médicaments pour aider à dormir et des tranquillisants) (Karasek, 1979).

Les problèmes de santé mentale font notamment référence à la détresse psychologique. « La détresse est un état psychologique qui se caractérise par l'anxiété ou par l'humeur dépressive et peut être un signe de troubles plus graves, comme la dépression clinique » (Statistique Canada, 2011). La détresse psychologique peut aussi être définie comme « un problème de santé mentale caractérisé par des symptômes psychophysiologiques et comportementaux qui ne sont pas spécifiques à une pathologie mentale donnée. Elle comprend des symptômes d'anxiété, des réactions dépressives, de l'irritabilité, une diminution des capacités intellectuelles, de la fatigue, de la somnolence, etc.⁸ » (Marchand, Drapeau et Beaulieu-Prévost, 2012a ; 596). De son côté, Abeloff, Armitage, Lichter, et al., (2000 ; 556 dans Ridner 2004 ; 539) définissent la détresse psychologique comme étant « le concept général d'un fonctionnement psychologique inadapté face à des événements stressants de la vie⁹ ». Pour Ridner (2004 ; 539), la détresse psychologique se définit comme « un état émotionnel unique et inconfortable ressenti par une personne en réponse à un facteur de stress ou à une demande spécifique et qui entraîne un préjudice temporaire ou permanent pour la personne¹⁰ ».

Plusieurs chercheurs ont exploré le concept de détresse psychologique et se sont intéressés à ses composantes (Marchand, Parent-Lamarche et Blanc, 2012b ; Ridner, 2004 ; Massé, 2000). En examinant la détresse psychologique chez les Québécois francophones, Massé (2000) a identifié six modalités d'expression : (1.) démoralisation et pessimisme face à l'avenir ; (2.) angoisse et stress ; (3.) dépréciation de soi ; (4.) retrait social et isolement ; (5.) somatisation ; et (6.) repli sur soi (Massé, 2000). Ridner (2004) a décrit cinq attributs de la détresse psychologique. Le premier est l'incapacité perçue à faire face efficacement, indiquant que l'individu perçoit une incapacité à gérer le stress ; si l'individu croit en la possibilité de surmonter le stress, cela peut prévenir la détresse. Le deuxième attribut est le changement dans l'état émotionnel, se manifestant par des « sentiments d'anxiété, de dépression, de démotivation, d'irritabilité, d'agressivité et de dépréciation de soi¹¹ » (Ridner, 2004 ;

⁸ Traduction libre: «Psychological distress is a mental health outcome typified by psychophysiological and behavioral symptoms that are not specific to a given mental pathology. It includes symptoms of anxiety, depressive reactions, irritability, declining intellectual capacity, tiredness, sleepiness, and so forth. » (Marchand et al. 2011; 596)

⁹ Traduction libre: «psychological distress refers to the general concept of maladaptive psychological functioning in the face of stressful life events» (Ridner, 2004; 539)

¹⁰ Traduction libre : « Psychological distress: the unique discomforting, emotional state experienced by an individual in response to a specific stressor or demand that results in harm, either temporary or permanent, to the person» (Ridney, 2004 ; 539)

¹¹ Traduction libre : «anxiety, depression, demotivation, irritability, aggressiveness, and self-depreciation». (Ridney, 2004 ; 540)

540). Le troisième attribut est le malaise, défini comme un inconfort face au changement dans le confort émotionnel. Le quatrième attribut est la communication du malaise, qui peut se manifester par des expressions faciales ou des comportements inhabituels. Enfin, le cinquième attribut est le préjudice, impliquant des dommages potentiels aux relations sociales, au bien-être et à l'estime de soi (Ridner, 2004). Enfin, dans le cadre d'une étude visant à analyser les définitions de la détresse psychologique, Drapeau, Marchand, et Beaulieu-Prévost (2012) font ressortir que la définition la plus largement acceptée est celle qu'ont proposée Mirowsky^{12»}. Au terme de leur analyse, Drapeau et al. (2012 ; 123) définissent la détresse psychologique de la façon suivante : « **un état de souffrance émotionnelle caractérisé par des symptômes de dépression et d'anxiété parfois accompagnés de symptômes somatiques**^{13 »}. Pour cette étude, nous retenons la définition de Drapeau et al. (2012), car elle synthétise les éléments clés des définitions précédentes tout en reflétant le consensus scientifique sur la détresse psychologique comme un état de souffrance émotionnelle englobant des symptômes de dépression, d'anxiété et parfois de somatisation.

Pour revenir au modèle demande-contrôle, le mécanisme par lequel le stress (tension psychologique) est généré est le déséquilibre entre, d'une part, les demandes psychologiques (efforts demandés) et, d'autre part, la possibilité de fournir des efforts à travers l'action (contrôle sur le travail) pour répondre à la demande. Ce déséquilibre se traduit plus précisément par l'interaction entre la demande psychologique (quantitative et qualitative) et la latitude décisionnelle (l'autonomie ainsi que l'utilisation et le développement des compétences) dont dispose l'employé. Ainsi, la possibilité pour un travailleur d'avoir une certaine latitude décisionnelle (permettant de surmonter les contraintes professionnelles) constitue un facteur protecteur contre le stress (Karasek, 1979).

Le modèle prédit que la tension psychologique et le sentiment d'impuissance (c'est-à-dire le sentiment de perte de contrôle) sont fortement ressentis et contribuent à la détresse psychologique lorsque le niveau de la demande psychologique est élevé et que le degré de latitude décisionnelle est faible. La demande psychologique fait référence à la demande quantitative et la demande qualitative. La demande quantitative concerne la quantité de travail à effectuer au cours d'une période prédéterminée. Elle renvoie donc non seulement au volume de travail, mais également à la pression du temps et au rythme de travail. En ce qui concerne la demande qualitative, elle fait référence aux efforts mentaux requis pour accomplir le travail. Il est question ici du niveau élevé de concentration pendant des périodes prolongées et des interruptions fréquentes (Karasek, Brisson, Kawakami et al.,

¹² Traduction libre: « Psychological distress is largely defined as a state of emotional suffering characterized by symptoms of depression (e.g., lost interest; sadness; hopelessness) and anxiety (e.g., restlessness; feeling tense) » (Drapeau et al., 2012 ; 105)

¹³ Traduction libre : « a state of emotional suffering characterized by symptoms of depression and anxiety sometimes accompanied by somatic symptoms» (Drapeau et al., 2012 ; 123)

1998). Bref, les demandes au travail « sont des caractéristiques définies de l'environnement de travail, telles que des exigences de tâches rigoureuses, des exigences de charge de travail et des rythmes de travail ou des contraintes de temps¹⁴ » (Karasek et Theorell, 1990 dans Luchman et González-Morales, 2013 ; 38).

En ce qui concerne la latitude décisionnelle, elle comporte deux dimensions. La première, l'autonomie, concerne la liberté de prendre des décisions sur la manière d'effectuer le travail (Karasek, 1979). La deuxième dimension renvoie à la variété des tâches et elle est définie comme la possibilité pour un individu d'utiliser plusieurs de ses compétences et d'en développer de nouvelles pour être en mesure d'accomplir le travail et de résoudre les problèmes qui se présentent. Le fait de pouvoir mettre en pratique ses compétences offre au travailleur une certaine liberté dans la sélection des compétences à mobiliser (Karasek et al, 1998). Ces facteurs relatifs à l'organisation du travail font partie de ce que l'INSPQ désigne par le vocable de *risques psychosociaux du travail*¹⁵, à savoir : « [des] facteurs qui sont liés à l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations sociales et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées ».

En résumé, la latitude décisionnelle, et particulièrement l'autonomie dont disposent les employés, est perçue comme un moyen de réduire la détresse psychologique. Lorsqu'un employé a un contrôle sur ses tâches et sur la manière de les accomplir, il est mieux équipé pour gérer les demandes de travail. Cette capacité à réorganiser son travail selon ses propres méthodes permet de réduire la perception de manque de ressources personnelles (cognitives ou émotionnelles), qui est une source majeure de stress. En d'autres termes, l'autonomie au travail permet de restructurer les tâches de manière à minimiser le stress perçu, ce qui peut potentiellement prévenir la détresse psychologique (Luchman et González-Morales, 2013).

¹⁴ Traduction libre: « Job demands are defined characteristics of the work environment, such as exacting task requirements, workload demands, and work pacing/time pressure» (Karasek & Theorell, 1990 dans Luchman, 2013; 38)

¹⁵ <https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail>



Figure 2.1 « Modèle demande-contrôle » inspiré de Karasek (1979)

De façon générale, les études montrent que la demande psychologique et la latitude décisionnelle exercent une influence sur la détresse psychologique (pour des revues de la littérature, voir : de Lange, Taris, Kompier et al., 2003 ; Harvey, Modini, Joyce et al., 2017 ; Häusser, Mojzisch, Niesel et al., 2010 ; pour des méta-analyses voir Luchman et Gonzalez-Morales, 2013 et Stansfeld et Candy, 2006). Ainsi, une forte demande psychologique est associée à un niveau élevé de détresse psychologique. En revanche, la latitude décisionnelle et la détresse psychologique sont corrélées négativement : plus le niveau de latitude décisionnelle est élevé, plus faible est le niveau de détresse psychologique.

En ce qui concerne les pharmaciens, nous pouvons donc formuler les hypothèses suivantes :

H1. La demande psychologique (quantitative et qualitative) du travail en pharmacie exerce une influence positive sur la détresse psychologique.

H2. La latitude décisionnelle dont disposent les pharmaciens exerce une influence négative sur la détresse psychologique.

Dans le contexte professionnel des pharmaciens, la demande quantitative concerne la quantité de clients présents en pharmacie pour obtenir des prescriptions et des conseils, ainsi que le volume de prescriptions traitées. Cette demande psychologique a été exacerbée durant la pandémie de COVID-19, avec une augmentation significative du nombre de patients et de prescriptions, ainsi que des responsabilités accrues (Cadogan et Hugues, 2021 ; Johnston et al., 2021). Les responsabilités supplémentaires, telles que le manque de latitude décisionnelle, de communication et le peu de flexibilité organisationnelle, amplifiée pendant la pandémie et renforcée par les nouvelles législations, ont eu des répercussions négatives sur les pharmaciens, notamment en termes de stress. (Zhou et al., 2019). L'étude de Zhou et al. (2019), souligne des obstacles majeurs liés à la compétence des prescripteurs et au manque de soutien des autorités, le manque de ressources adéquates, exacerbés par une formation diagnostic insuffisante, a également contribué à la complexité de la situation, augmentant les difficultés des pharmaciens face à leurs nouvelles responsabilités. Ce contexte de forte demande psychologique est de nature à intensifier leur stress et leur détresse psychologique, si l'on se réfère au modèle de Karasek (1979).

En ce qui concerne la latitude décisionnelle, c'est-à-dire la possibilité de poser les actions pour répondre à la demande ou encore « le contrôle sur les tâches et la progression du travail ¹⁶ » (Karasek, 1979 ; 289), elle serait influencée par les récents changements apportés par la loi 67 « visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux » (ASSNAT, n.d.). En effet, ces changements accordent aux pharmaciens davantage de responsabilités. Ils sont désormais autorisés à modifier des prescriptions médicales émises par des médecins et à prescrire des médicaments pour des affections mineures (Association des pharmaciens du Canada, 2020). Bien que les pharmaciens aient l'autorisation de prescrire des médicaments ou de modifier des prescriptions, leur sentiment de contrôle est influencé par l'accès limité aux antécédents médicaux des patients et la flexibilité restreinte concernant le plan de soin (Zhou et al., 2019).

De plus, un certain nombre de chercheurs ont mobilisé le modèle demande-contrôle en élargissant la demande psychologique à la demande émotionnelle. Comme son nom l'indique, il s'agit de la demande d'effort à fournir pour contrôler ses émotions (ex. : la patience, l'empathie, la maîtrise de soi) compte tenu des interactions tendues avec des bénéficiaires ou des clients qui manifestent des

¹⁶ Traduction libre : «Job decision latitude is defined as the working individual's potential control over his tasks and his conduct during the working day. » (Karasek, 1979; 289)

émotions négatives (ex. : impatients, contrariées) (Steinberg et Figart, 1999). À ce sujet, les études montrent que la demande émotionnelle figure parmi les déterminants de la détresse psychologique dans le cadre d'études auprès de la population active aux Pays-Bas et en Norvège (Bültmann, Kant, Van den Brandt et al., 2002 ; Johannessen, Tynes et Sterud, 2013). Nous pouvons donc formuler l'hypothèse suivante :

H3. La demande émotionnelle associée au travail de pharmacien exerce une influence positive sur la détresse psychologique.

Dans une étude réalisée auprès de pharmaciens, il a été constaté que les conflits avec les clients, les collègues ou les supérieurs, ainsi que le harcèlement au travail et la discrimination, se sont exacerbés pendant la pandémie de COVID-19 (Johnston et al., 2021). De plus, des recherches aux États-Unis (Chavez, Ornelas, Lyles et al., 2015) et en Norvège (Nielsen et al. 2018) montrent que l'intimidation et la discrimination, notamment raciale, sont des facteurs de risque majeurs pour l'abus de substances. Ces conclusions sont corroborées par Stone et Elbers-Carlisle (2020), qui soulignent que la détresse psychologique est fortement liée à une augmentation des comportements de consommation chez les travailleurs américains.

De plus, Frone (2008) confirme la corrélation entre les facteurs de stress au travail et la consommation de substances illicites ou d'alcool, qui survient avant, pendant et après la journée de travail. Ces résultats suggèrent que le stress professionnel pourrait jouer un rôle spécifique dans les dynamiques de consommation, soulignant ainsi la nécessité d'examiner ce phénomène dans un contexte professionnel précis. Par ailleurs, Schantz et Bruk-Lee (2016) ont contribué à la littérature en établissant un lien direct entre les conflits au travail et l'usage de drogues, d'alcool et de tabac, tout en identifiant les stratégies d'évitement comme médiateur clé de cette relation. Ces recherches convergent vers l'idée que la détresse psychologique joue un rôle central dans le recours aux substances comme mécanisme d'adaptation. Une étude menée par Marchand et al., (2012b) a visé à explorer le lien entre la détresse psychologique et la consommation de psychotropes chez les travailleurs canadiens. Utilisant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada, les chercheurs ont fait ressortir que certains facteurs psychosociaux associés à la détresse psychologique (ex. : la demande psychologique et le nombre d'heures travaillées) contribuaient, quoique faiblement, à la consommation de substances psychoactives. Toutefois, la relation directe entre la détresse psychologique et la consommation de ces substances n'a pas été examinée. En revanche, dans le cadre de l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST), Vézina et IRSST (2011)

ont fait ressortir une relation statistiquement significative entre la détresse psychologique et la consommation de substances psychoactives.

H4. Le niveau de détresse psychologique des pharmaciens influence positivement la consommation de substances psychoactives

2.2.2 La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)

La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) est une théorie de la motivation qui est centrée sur les processus cognitifs (processus de réflexion) qui sont à l'origine des comportements des individus. De façon plus précise, cette théorie repose sur le principe selon lequel les croyances des individus à l'égard d'un comportement précis guident leur intention d'adopter ce comportement et, par voie de conséquence, de passer à l'action.

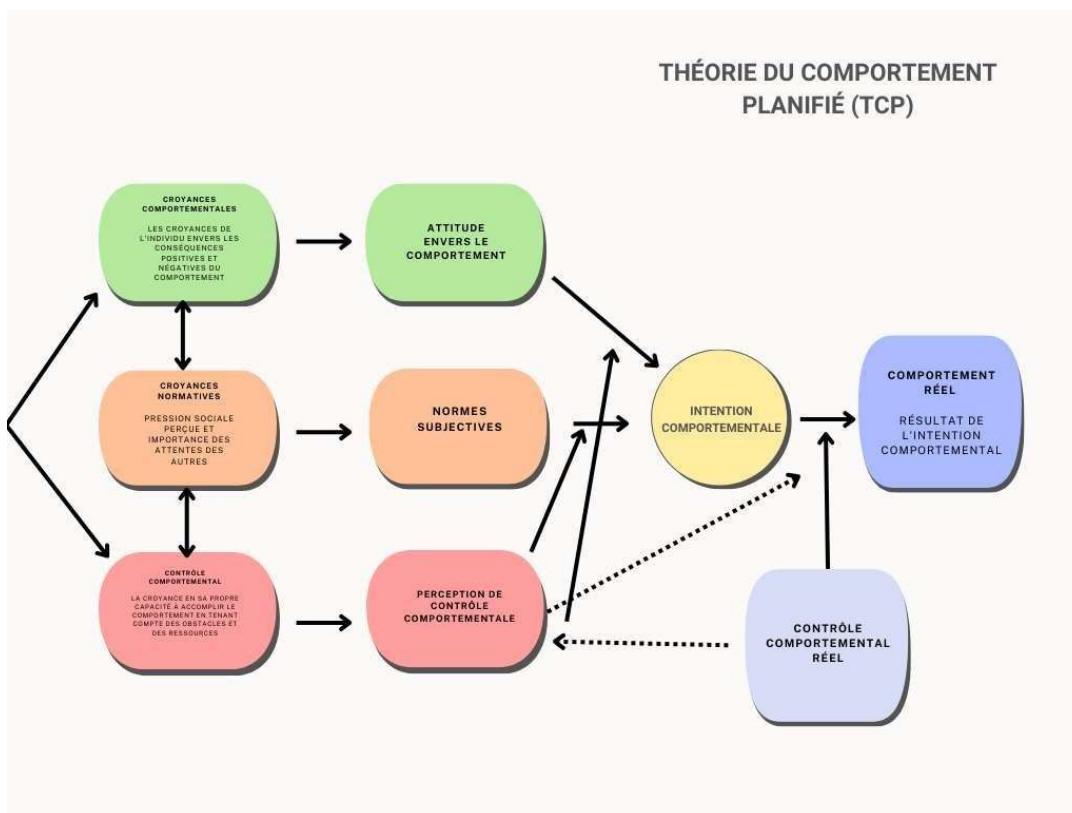


Figure 2.2 « Théorie du comportement planifié (TCP) » inspiré d'Ajzen (2006 ; 2)

La théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen (1991) offre un cadre théorique pertinent pour analyser la consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens. Au cœur de cette théorie réside l'intention de l'individu, qui constitue le moteur motivationnel influençant la mise

en œuvre d'un comportement. Cette intention révèle deux aspects essentiels : dans quelle mesure l'individu est disposé à essayer et combien d'efforts est-il prêt à investir pour réaliser ce comportement ? Plus l'intention de réaliser un comportement est forte, plus les chances d'effectivement le réaliser sont élevées, à condition que l'individu dispose de la liberté d'action nécessaire, des opportunités, des ressources et des compétences adéquates (Ajzen, 1991).

La Théorie du Comportement Planifié (TCP) a démontré sa validité pour expliquer divers comportements liés à la consommation de substances, qu'elles soient licites ou illicites. Par exemple, Armitage et al., (1999) ont révélé que les attitudes, les normes subjectives, les croyances comportementales (comme l'auto-efficacité) et le contrôle comportemental perçu étaient des prédicteurs clés de la consommation de cannabis et d'alcool chez des étudiants britanniques. De plus, Cooke, Sniehotta et Schüz (2007) ont vérifié la validité de la TCP pour comprendre les intentions et la consommation d'ecstasy chez les jeunes, tandis qu'Umeh et Patel (2004) ont trouvé que les comportements passés et les attitudes positives envers l'ecstasy étaient des prédicteurs indépendants des intentions futures de consommation chez les étudiants du premier cycle à l'université de Nottingham. Ces études illustrent la robustesse de la TCP pour prédire divers aspects de la consommation de substances, en tenant compte des attitudes, des normes sociales et du contrôle perçu. Plusieurs études fournissent des preuves convaincantes soutenant la TCP dans divers contextes d'utilisation de substances, en intégrant des variables spécifiques liées aux attitudes, aux croyances et aux comportements. Par exemple, Pineles et Parente (2012) ont montré que les croyances des individus au sujet des médicaments, ainsi que leur expérience personnelle, influencent leur recours à l'automédication avec des analgésiques en vente libre. Judson et Langdon (2009) ont exploré le rôle du statut des prescriptions (individu ayant une prescription ou n'ayant pas de prescription), des motivations, des connaissances des effets secondaires et des tendances à l'abus de substance dans la consommation illicite de stimulants sur ordonnance chez les étudiants américains.

Gallucci, Martin, Beaujean et al. (2015) ont analysé l'impact des attitudes, des normes subjectives et du contrôle comportemental perçu chez des étudiants universitaires sur l'abus substances dans cette même population. Enfin, Jalilian, Mirzaei-Alavijeh, Ahmadpanah et al. (2020) ont souligné l'importance des facteurs cognitifs, émotionnels et comportementaux (perception de l'utilisation de la substance, normes sociales perçues, confiance en soi pour résister à son usage, facteurs environnementaux, aptitudes à résoudre des problèmes, et intention de consommer) dans la consommation de substances chez de jeunes adultes iraniens. La TCP a également été utilisée pour expliquer les décisions des étudiants en pharmacie concernant la distribution de médicaments, mettant ainsi en lumière l'influence de ces différentes variables sur les comportements liés aux substances.

En appliquant la TCP à l'étude de l'automédication chez les pharmaciens, il est possible de mieux comprendre comment leurs attitudes envers la consommation illicite de substances psychoactives, les normes subjectives dictées par leur environnement professionnel, et leur perception du contrôle sur cette pratique influencent leur intention d'y recourir. Cette théorie permet ainsi de prendre en compte non seulement les croyances personnelles des pharmaciens, mais aussi les influences externes, telles que les politiques organisationnelles et les normes professionnelles, qui peuvent moduler leur perception et leur comportement face à leur consommation. En somme, la TCP fournit une structure analytique essentielle pour explorer les déterminants cognitifs et sociaux de l'automédication dans le contexte pharmaceutique.

Les trois mécanismes fondamentaux

Pour comprendre et prédire les intentions et les actions d'un individu, il est nécessaire de s'intéresser à trois mécanismes fondamentaux : 1) l'attitude à l'égard du comportement, 2) les normes subjectives et 3) la perception du contrôle comportemental. Ces trois mécanismes reposent sur des croyances relatives au comportement concerné. Ainsi, « les croyances comportementales produisent une attitude favorable ou défavorable à l'égard du comportement ; les croyances normatives se traduisent par une pression sociale perçue ou une norme subjective ; et les croyances de contrôle donnent lieu à un contrôle comportemental perçu ou à l'auto-efficacité¹⁷ » (Ajzen, 1991 ; 206). Ensuite, l'attitude envers le comportement, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental exercent une influence sur l'intention d'adopter le comportement. Ce dernier est l'antécédent immédiat de l'adoption du comportement.

Dans les prochaines sections, nous nous pencherons sur chacun des trois mécanismes en abordant également les croyances qui leur sont associées.

L'attitude à l'égard du comportement et les croyances comportementales

L'attitude à l'égard du comportement fait référence au degré auquel une personne évalue favorablement ou défavorablement le comportement en question (Ajzen, 1991). Dans le cadre de notre étude, il s'agit de la réponse à la question : suis-je favorable à l'idée de consommer de façon illicite des psychotropes ? Cette opinion au sujet de la désirabilité du comportement est influencée par les croyances comportementales, lesquels constituent un de ces plus importants déterminants. Ces croyances concernent les avantages et les inconvénients à adopter le comportement. De façon plus

¹⁷ Traduction libre : « there is plenty of evidence for significant relations between behavioral beliefs and attitudes toward the behavior, between normative beliefs and subjective norms, and between control beliefs and perceptions of behavioral control » (Ajzen, 1991; 206)

précise, les individus font une évaluation des conséquences positives et négatives qu'est susceptible d'entraîner le comportement, et ce, en vue de déterminer si l'adoption de ce comportement pourrait leur être bénéfique. Et c'est cette évaluation qui exerce une influence sur leur attitude (favorable ou défavorable) à l'égard du comportement. Dans le cas présent, le pharmacien évaluerait les conséquences souhaitables et indésirables de la consommation illicite de psychotrope.

La perception des avantages que le pharmacien est susceptible de tirer de l'automédication est notamment fondée sur l'utilité de l'automédication, c'est-à-dire la capacité de l'automédication à satisfaire un besoin éprouvé par le pharmacien (Pezaro et al., 2021 ; Frone, 2008). Dans cet ordre d'idées, les pharmaciens qui souffrent de détresse psychologique pourraient éprouver le besoin d'améliorer leur état de santé en consommant des médicaments d'ordonnance. De plus, à travers l'automédication, ils éviteraient les pertes de temps et d'énergie qu'exige la consultation d'un médecin. D'ailleurs, compte tenu de leurs connaissances au sujet des médicaments, les pharmaciens seraient enclins à considérer inutiles ces consultations. Ainsi, la consommation de substances psychoactives sans ordonnance présenterait plus d'avantages pour les pharmaciens souffrant de détresse psychologique. La littérature met en évidence plusieurs déterminants influençant la détresse psychologique, telle que le stress au travail (Pezaro et al., 2021 ; Frone, 2008), des relations professionnelles tendues (avec les collègues ou les superviseurs) (Kenna et Lewis, 2008), des lacunes dans la culture organisationnelle (Tiu et al., 2019) et une charge de travail excessive (Frone, 2008 ; Kenna et Lewis, 2008).

Nous formulons donc l'hypothèse suivante :

H5 : Le niveau de détresse psychologique des pharmaciens exerce une influence positive sur les croyances comportementales liées à la consommation illicite de psychotropes

Suivant la TCP, les croyances comportementales exercent une influence sur l'attitude à l'égard du comportement concerné. Dans le cas présent, les perceptions des pharmaciens à l'égard des avantages et des inconvénients de la consommation illicite de substance psychoactive (croyances comportementales) contribueraient à susciter une attitude favorable à l'égard de ce comportement. À ce sujet, Armitage et al. (1999) ont examiné comment les croyances comportementales influencent les attitudes envers la consommation de substances chez les étudiants universitaires. Ils ont trouvé que des croyances favorables sont associées à des attitudes positives envers la consommation, augmentant ainsi la probabilité de consommation. Par exemple, il a été prouvé que la sous-estimation de la vulnérabilité à la dépendance (Kenna et Lewis, 2008 ; Kenna et Lewis, 2004), ainsi que l'influence

des croyances des collègues et d'une culture organisationnelle permissive (Tiu et al., 2019 ; Kenna et Lewis, 2008), peut affecter les croyances comportementales des individus. Ce résultat souligne le rôle central des croyances comportementales dans la formation des attitudes à l'égard des comportements de consommation.

H6 : Les croyances comportementales concernant la consommation illicite de psychotropes exercent une influence positive sur l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes.

Les normes subjectives et les croyances normatives

Les normes subjectives font référence aux règles perçues qui sont véhiculées par les individus et qui dictent les comportements acceptables et les comportements inacceptables. Plus précisément, il s'agit de la probabilité perçue que les personnes, groupes ou communautés dont l'opinion compte pour l'individu approuvent ou désapprouvent le comportement concerné. Ces normes subjectives entraînent une pression sociale à les respecter, c'est-à-dire qu'elles incitent les individus à adopter les comportements acceptables et à éviter les comportements inacceptables. Les individus se sentent ainsi contraints d'obéir aux normes qu'ils perçoivent, et ce, parce qu'ils veulent recevoir l'approbation des personnes qui sont importantes pour eux. Ils ont peur de les décevoir et d'être rejetés. Les normes subjectives posent les questions suivantes : est-ce que les personnes importantes pour moi approuveraient que j'adopte ce comportement ? Est-ce qu'elles attendent de moi que j'adopte ce comportement ? Est-ce que je me sens forcée d'adopter le comportement pour plaire à ces personnes ? Ici, il faut s'intéresser à l'importance que l'individu accorde à l'opinion des autres. Les normes subjectives concernent ce que l'on pense devoir faire (pression sociale perçue).

Les normes subjectives sont fondées sur deux types de normes : les normes injonctives et les normes descriptives. En ce qui concerne les normes injonctives, elles font référence à « la perception d'un individu selon laquelle la plupart des personnes qui comptent pour lui pensent qu'il devrait (ou ne devrait pas) adopter un comportement particulier¹⁸ » (Fishbein et Ajzen, 2010 ; 131). Les normes injonctives concernent donc la perception de ce que pensent les autres au sujet d'un comportement que pourrait adopter l'individu visé. Ces normes découlent des croyances normatives injonctives, c'est-à-dire la perception que des personnes en particulier pensent que l'individu devrait adopter ou éviter

¹⁸ Traduction libre : “ [...] individual's perception that most people who are important to her think she should (or should not) perform a particular behavior” (Fishbein et Ajzen, 2010 ; 131).

le comportement concerné. Ce sont les perceptions au sujet de l'ensemble des personnes spécifiques qui forment la norme injonctive.

Quant aux normes descriptives, elles se rapportent à « la perception selon laquelle les personnes significatives adoptent ou n'adoptent pas le comportement en question¹⁹ » (Fishbein et Ajzen, 2010 ; 131) (la perception de ce que les autres font). Ici, l'individu utilise les autres comme des modèles et imite leur comportement pour leur ressembler. Les normes descriptives sont ancrées dans les croyances normatives descriptives. Celles-ci font référence au fait que des personnes spécifiques et importantes pour l'individu adoptent ou n'adoptent pas le comportement concerné.

En résumé, les croyances normatives alimentent les normes subjectives, qui se manifestent sous deux formes de normes : les normes injonctives (ce qu'on devrait faire) et les normes descriptives (ce que les autres font). Dans le cas des pharmaciens, ces normes et croyances pourraient être décrites de la façon suivante :

- Normes subjectives : Le pharmacien croit que les personnes importantes pour lui s'attendent à ce qu'il consomme de façon illicite des substances psychoactives et il ressent une pression à le faire.
- Normes injonctives : Le pharmacien croit que les personnes importantes pour lui approuvaient qu'il consommation des substances psychoactives de façon illicite.
- Normes descriptives : Le pharmacien croit que les pharmaciens, en général, consomment des substances psychoactives de façon illicite.
- Croyances normatives : Le pharmacien croit que les membres de sa famille, ses amis et ses collègues approuveraient qu'il consommation des substances psychoactives de façon illicite.

La littérature a mis de l'avant l'importance de l'influence des collègues et de la culture organisationnelle dans la formation des croyances normatives concernant la consommation illicite de psychotropes. En effet, l'exposition à des collègues consommant des substances psychoactives augmente considérablement le risque d'adopter des comportements similaires. Kenna et Lewis (2008) soulignent que les comportements de consommation observés chez les collègues rendent ces pratiques plus acceptables, incitant ainsi d'autres individus à adopter des comportements similaires. De plus, une culture organisationnelle permissive, où la consommation de substances est tolérée, contribue à la normalisation de ces comportements. Tiu et al. (2019) montrent que des

¹⁹ Traduction libre : « perception that others are or are note performing the behavior in question » (Fishbein et Ajzen, 2010, p.131).

environnements de travail où ces pratiques sont banalisées influencent les perceptions des individus sur ce qui est socialement acceptable, modifiant ainsi leurs normes subjectives concernant la consommation de psychotropes. En outre, les normes sociales partagées au sein d'un groupe de travail, particulièrement dans des environnements où la solidarité de groupe est forte, influencent fortement les comportements individuels. Les croyances partagées entre collègues sur la consommation de substances, qu'elles soient positives ou négatives, ont un impact déterminant sur la manière dont un individu perçoit et adopte de tels comportements (Kenna et Lewis, 2008). Nous formulons donc l'hypothèse suivante :

H7 : Les croyances normatives concernant la consommation illicite de psychotropes exercent une influence positive sur les normes subjectives concernant la consommation illicite de psychotropes.

Les normes morales, les croyances et la religiosité jouent un rôle crucial dans la régulation de la consommation de substances psychoactives. La religiosité, en particulier, est souvent associée à une diminution de la consommation de substances (Rohrbaugh et Jessor, 1975 ; DeWall, Pond, Carter et al. 2014). Les individus pratiquant une religion affichent généralement des attitudes plus rigides envers des comportements jugés déviants, comme la consommation de cannabis ou d'alcool. Une hypothèse centrale expliquant cet effet est que la relation entre religiosité et la réduction de la consommation de substances est médiatisée par le contrôle de soi, suggérant que la religiosité favorise une meilleure régulation personnelle et, par conséquent, une diminution des comportements problématiques (DeWall et al., 2014). Cette régulation est partiellement due à une intolérance accrue à la déviance et à une forte opposition à des comportements tels que la consommation de drogues, ce qui agit comme un mécanisme de contrôle personnel contre les comportements problématiques (Rohrbaugh et Jessor, 1975). Cependant, cette influence protectrice peut diminuer avec le temps et le développement personnel, comme l'indiquent les études montrant une tendance à une diminution de la religiosité associée à une augmentation des comportements problématiques tels que la consommation d'alcool et de marijuana (Rohrbaugh et Jessor, 1975).

Les conflits internes liés à la religiosité, tels que les luttes morales, jouent un rôle significatif dans les problèmes de consommation d'alcool. Les individus confrontés à des dilemmes moraux ou spirituels peuvent rencontrer des difficultés liées à la consommation d'alcool, même en tenant compte de leurs niveaux de religiosité et de détresse (Stauner, Exline, Kusina et al., 2019). Les conflits de valeurs, ou luttes morales, se produisent lorsque les convictions personnelles d'une personne entrent en collision avec les exigences professionnelles ou légales auxquelles elle fait face (Gülpınar Keleş et Yalım, 2021). Par exemple, dans une étude sur les conflits de valeurs chez les pharmaciens, Gülpınar et al. (2021)

montrent que les pharmaciens peuvent se retrouver déchirés entre leurs croyances religieuses et la nécessité de fournir des contraceptifs ou des médicaments interdits par leur foi. Certains pharmaciens pourraient hésiter à délivrer ces médicaments pour des raisons religieuses, créant ainsi un dilemme entre leurs convictions personnelles, les besoins des patients et leurs responsabilités professionnelles.

Cependant, la religiosité et la pratique religieuse semblent également offrir une protection contre ces comportements. Les études montrent que les personnes engagées dans des activités religieuses et spirituelles ont une meilleure maîtrise de soi et sont moins enclines à adopter des comportements déviants, en partie grâce à la pression exercée par leurs pairs pratiquants (Rohrbaugh et Jessor, 1975 ; DeWall et al., 2014). De plus, la participation à des communautés religieuses peut atténuer les effets des pressions sociétales en modérant l'intention de consommer de l'alcool.

En revanche, une détresse spirituelle élevée ou des croyances religieuses remises en question peuvent conduire à une diminution de la maîtrise de soi et à une plus grande propension à adopter des comportements déviants (Stauner et al., 2019). Cependant, les expériences religieuses profondes, comme la conversion, ont démontré leur efficacité dans la réhabilitation de l'alcoolisme, facilitant une augmentation de l'abstinence et une réduction de la consommation d'alcool (Witkiewitz, McCallion et Kirouac, 2016). En somme, les normes subjectives qui dictent l'inacceptabilité de la consommation et qui sont imposées par la communauté religieuse ou spirituelle continuent de jouer un rôle crucial en influençant à la baisse l'intention de consommer (Kenna et Wood, 2008 ; Rohrbaugh et Jessor, 1975 ; Stauner et al., 2019 ; Witkiewitz et al., 2016). Ainsi, la religiosité et les pratiques spirituelles contribuent à la prévention et à la guérison des troubles liés à la consommation de substance, ou comportements déviants, en agissant sur les normes subjectives.

En résumé, les croyances religieuses jouent un rôle important en réduisant la tolérance aux comportements déviants, comme la consommation illicite de substances psychoactives, en renforçant le contrôle social et les normes subjectives contre leur usage (Kenna et Wood, 2004). La religiosité est souvent associée à une réduction de la consommation de substances, grâce à des attitudes plus strictes et un meilleur contrôle de soi (Rohrbaugh et Jessor, 1975 ; DeWall et al., 2014). Les luttes morales internes, où les convictions religieuses entrent en conflit avec les comportements sociaux, renforcent également ces normes et diminuent la propension à consommer (Stauner et al., 2019). De plus, la pression des pairs au sein des communautés religieuses modère les comportements déviants, y compris la consommation de substances illicites (Rohrbaugh et Jessor, 1975 ; DeWall et al., 2014). Enfin, des expériences spirituelles profondes, comme la conversion, peuvent renforcer les normes

contre la consommation et favoriser la réhabilitation des comportements de dépendance (Witkiewitz et al., 2016). Nous formulons donc l'hypothèse suivante :

H8 : Les croyances morales concernant le caractère inacceptable de la consommation illicite de substance psychoactive influencent négativement les normes subjectives concernant la consommation illicite de psychotropes.

La perception de contrôle comportemental et les croyances liées au contrôle

La perception de contrôle comportemental concerne la perception de l'individu concernant sa capacité à adopter le comportement concerné. Il évalue la facilité ou la difficulté à exécuter le comportement. Il s'agit donc de la probabilité d'exécuter le comportement avec succès. La perception de contrôle comportemental pose ainsi la question suivante : « si je veux exécuter ce comportement, quelle est la probabilité que je réussisse à l'exécuter » ?

Cette perception tient compte de la perception de l'individu en ce qui concerne la probabilité qu'il possède les capacités de produire le comportement concerné (ex. : énergie, compétences, estime de soi). Elles reposent également sur ses perceptions concernant les ressources et les contraintes de l'environnement (ex. : disponibilité de l'information, marge de manœuvre, équipements, ressources matérielles). En somme, l'individu détermine dans quelle mesure les facteurs qu'il maîtrise (facteurs internes ; contrôle interne) et les facteurs du contexte (facteurs externes ; contrôle externe) sont susceptibles de l'aider ou de l'empêcher d'exécuter le comportement.

Le degré de contrôle comportemental perçu est influencé par les croyances liées au contrôle. Ces croyances concernent le degré auquel chacun des divers facteurs (internes et externes) permettra d'exécuter le comportement concerné ou entravera son exécution. Ces croyances sont basées sur les expériences passées liées au comportement concerné, l'observation du comportement chez d'autres personnes ou les informations qui proviennent de leurs récits d'expérience. En résumé, la perception de contrôle comportemental est élevée lorsque : le niveau de ressources et de possibilités est élevé, et le nombre d'obstacles anticipés est faible.

Dans l'étude portant sur le concept de contrôle comportemental perçu (CCP), Zolait (2014) met de l'avant que le CCP est divisé en deux principales caractéristiques : l'auto-efficacité et les conditions facilitantes. L'auto-efficacité se réfère à la confiance d'un individu en sa capacité à accomplir une tâche spécifique, influençant ainsi son intention d'adopter un comportement (Zolait, 2014). Les conditions facilitantes, quant à elles, englobent les facteurs externes qui soutiennent ou entravent la réalisation

d'une tâche, telle que les ressources disponibles, l'accès à la technologie et le soutien gouvernemental (Zolait, 2014). L'étude souligne que, bien que les conditions facilitantes soient importantes, elles sont plus efficaces en combinaison avec une forte auto-efficacité. En d'autres termes, la confiance en ses propres capacités est un prédicteur clé de l'adoption, tandis que les conditions facilitantes jouent un rôle complémentaire (Zolait, 2014).

L'accès facilité aux substances psychotropes joue un rôle déterminant dans la consommation de substances psychotropes, en particulier parmi les professionnels de la santé et les étudiants en sciences de la santé. Plusieurs études ont montré que la disponibilité de médicaments, couplée à une connaissance médicale approfondie, favorise la pratique de l'automédication. Par exemple, les étudiants en santé rapportent que la présence de médecins et de collègues expérimentés autour d'eux facilite cette pratique, en rendant les substances directement accessibles (Soroush et al., 2018).

En examinant les théories de la disponibilité, Ames et Grube (1998) soulignent l'importance de la disponibilité physique et sociale dans la probabilité de consommation de substances. La disponibilité physique d'un produit sur le lieu de travail, par exemple, fait référence à la facilité ou à la difficulté pour un individu d'accéder à ce produit, tandis que la disponibilité sociale renvoie à l'acceptation normative de la consommation par l'environnement professionnel (ce qui fait référence aux normes subjectives que nous avons vues précédemment). Ces théories s'appliquent directement aux infirmières, qui montrent des taux plus élevés de consommation de substances en raison de leur accès plus facile aux médicaments contrôlés sur leur lieu de travail (Trinkoff et al., 1999). L'étude de Trinkoff et al. (1999) met en évidence que les infirmières ayant un accès direct aux médicaments d'ordonnance ont davantage tendance à les consommer.

En parallèle, une proportion significative de pharmaciens détourne des médicaments de leur lieu de travail, ce qui illustre à quel point l'accès facilité peut devenir un facteur clé de la consommation illicite (Dabney, 2001). Dabney (2001) rapporte que la majorité des pharmaciens interrogés (ayant admis avoir consommé des médicaments d'ordonnance sans ordonnance) les ont dérobés dans l'inventaire sur leur lieu de travail. De plus, l'étude de Kenna et Lewis (2008) réalisée auprès du personnel de la santé indique que le simple fait de se voir offrir un produit peut exercer une influence positive sur sa consommation.

Les statistiques révèlent également une prévalence élevée de l'usage de substances parmi les professionnels de la santé, notamment les infirmières, médecins, pharmaciens, et dentistes, ce qui est attribué à cette facilité d'accès (Kenna et Lewis, 2008). Par exemple, près de 27 % des étudiants en

pharmacie ont consommé des opiacés, plus de 13 % des stimulants, 9 % des anxiolytiques, et 14 % des relaxants musculaires, démontrant que l'accès aux médicaments joue un rôle crucial dans leur consommation (Kenna et Wood, 2008).

H9 : les croyances liées au contrôle (facilité d'accès) exercent une influence positive sur le contrôle comportemental perçu lié à la consommation illicite de psychotropes

La perception du risque et des sanctions joue un rôle crucial dans les comportements de consommation de substances parmi les professionnels de la santé et les étudiants en sciences de la santé. Par exemple, dans leur étude portant sur l'usage et l'accès des médicaments d'ordonnance chez les infirmières, Trinkoff et al. (1999) mettent de l'avant que la peur d'être pris à consommer ou à voler des médicaments sur le lieu de travail constitue des facteurs explicatifs de la consommation. La culture d'entreprise et les politiques organisationnelles, notamment dans des environnements permisifs, peuvent atténuer la perception du risque et diminuer la probabilité de sanctions, créant ainsi un climat où la consommation de substances est moins perçue comme risquée (Tiu, et al., 2019). Cela est exacerbé par un manque de formation sur la toxicomanie, qui touche 67 % des professionnels, ce qui réduit leur sensibilisation aux risques associés à la consommation illicite. La tolérance des collègues et des supérieurs vis-à-vis de l'automédication, observée dans 65 % des cas, renforce cette attitude permissive et influe sur la probabilité perçue d'être sanctionné (Dabney, 2001). Cependant, certaines études (Park et Minnick, 2023 ; Pidd, Kostadinov, et Roche, 2016) mettent en évidence que des politiques bien conçues et complètes sont cruciales pour aborder les problèmes liés à l'usage de substances en milieu de travail.

Certaines recherches montrent que des politiques restrictives peuvent réduire les comportements déviants reliés à la consommation (Trinkoff et al., 1999). En nous basant sur la théorie des comportements planifiés (Ajzen, 1991) et la théorie de la disponibilité (Ames et Grube, 1998), nous postulons que : la présence des politiques organisationnelles aura un effet dissuasif sur l'attitude des pharmaciens envers la consommation, diminuant ainsi leur contrôle comportemental perçu et, par conséquent, leur intention de consommer.

H10 : les croyances liées au contrôle (probabilité de se faire prendre) exercent une influence négative sur le contrôle comportemental perçu lié à la consommation illicite de psychotropes.

H11 : les croyances liées au contrôle (probabilité d'être sanctionné) exercent une influence négative sur le contrôle comportemental perçu lié à la consommation illicite de psychotropes.

L'invincibilité pharmaceutique, ou la croyance en une immunité contre les effets négatifs des substances en raison de la connaissance et du contrôle perçu, joue un rôle significatif dans la consommation de drogues parmi les professionnels de la santé. Les participants aux études rapportent un sentiment marqué d'auto-efficacité et de contrôle personnel concernant la consommation de substances comme le cannabis, croyant pouvoir consommer sans subir de conséquences négatives (Armitage et al., 1999). Cette perception d'invincibilité est également observée chez les étudiants en soins de santé, qui, en raison de leur formation et de leur connaissance des médicaments, développent une confiance exagérée, les incitant à pratiquer l'automédication et à prescrire des médicaments à d'autres (Soroush et al., 2018). Les pharmaciens, en particulier, ont admis avoir utilisé des médicaments potentiellement addictifs sans ordonnance, un comportement qui semble être en partie alimenté par leur croyance en leur propre compétence et une forme d'impunité (Dabney et Hollinger, 1999). En résumé, l'invincibilité pharmaceutique, en tant que croyance en une immunité ou une compétence supérieure, influence de manière significative les comportements de consommation de substances parmi les professionnels de la santé.

H12 : les croyances liées au contrôle (perception d'invincibilité) exercent une influence positive sur le contrôle comportemental perçu lié à la consommation illicite de psychotropes.

Les trois mécanismes, l'intention et l'adoption du comportement

Selon la théorie du comportement planifié, l'intention d'adopter un comportement découle de l'interaction de trois mécanismes : l'attitude envers le comportement, les normes subjectives, et la perception de contrôle comportemental. L'attitude reflète les croyances d'un individu sur les conséquences positives ou négatives d'un comportement, influençant ainsi son opinion favorable ou défavorable à l'égard de ce comportement. Les normes subjectives concernent la pression sociale perçue par l'individu, dictée par ce que les personnes importantes dans sa vie pensent qu'il devrait ou ne devrait pas faire. Cette pression sociale pousse l'individu à conformer ses actions aux attentes de son entourage. Enfin, la perception de contrôle comportemental se réfère à la croyance de l'individu en sa capacité à accomplir le comportement, en tenant compte des ressources disponibles, des compétences nécessaires et des obstacles potentiels.

Ces trois mécanismes agissent en synergie pour déterminer l'intention de l'individu à adopter un comportement. Une intention forte augmente les chances que le comportement soit effectivement réalisé, à condition que l'individu soit libre de ses actions et dispose des ressources et des compétences

requises pour effectuer le comportement. C'est cette intention qui sert de moteur principal à l'adoption ou l'évitement du comportement concerné.

Armitage et al. (1999) ont observé que malgré des attitudes généralement négatives envers la consommation de cannabis, l'auto-efficacité et la perception de contrôle influençaient positivement l'intention de consommer cette substance. Conner et McMillan (1999) ont également montré que l'attitude, en interaction avec d'autres facteurs comme les normes injonctives, est un déterminant majeur des intentions de consommation de cannabis, illustrant comment des attitudes spécifiques peuvent moduler les intentions malgré un contexte social parfois défavorable. Dans une autre étude, McMillan et Conner (2003) ont trouvé que l'attitude était un prédicteur significatif des intentions de consommer de l'alcool, démontrant encore une fois l'importance des croyances comportementales dans la formation des intentions.

Armitage et al. (1999) ont montré que les normes subjectives influencent les intentions, en particulier pour la consommation d'alcool, où une pression sociale positive est souvent présente. Par ailleurs, Conner et McMillan (1999) ont confirmé que les normes injonctives sont un facteur déterminant des intentions de consommation de cannabis, indiquant que les individus sont sensibles aux attentes des autres quant à leur comportement. Cooke et al., (2007) ont également montré que les normes descriptives, en plus des attitudes, expliquent une part significative de la variance des intentions, soulignant ainsi le rôle des croyances normatives dans la formation des comportements.

Armitage et al. (1999) ont constaté que le TCP et l'auto-efficacité étaient des prédicteurs significatifs de l'intention de consommer du cannabis, montrant que les individus qui se sentent capables de contrôler leur consommation sont plus susceptibles d'avoir l'intention de le faire. Conner, Sandberg, McMillan et al., (2006) ont démontré que la perception de contrôle joue un rôle modérateur dans la relation entre intention et comportement réel, notamment en ce qui concerne la consommation d'ecstasy, où une faible ambivalence attitudinale renforce cette relation. Enfin, McMillan et Conner (2003) ont montré que pour la consommation d'alcool et de tabac, le TCP est un prédicteur significatif non seulement des intentions, mais aussi du comportement réel, illustrant le lien crucial entre le sentiment de contrôle personnel et l'adoption de comportements déviants.

En somme, les études montrent que l'attitude envers un comportement, les normes subjectives et la perception de contrôle jouent des rôles distincts, mais interconnectés dans la formation des intentions d'adopter des comportements déviants et l'adoption de ces comportements. La TCP fournit un cadre

robuste pour comprendre comment ces trois mécanismes se combinent pour influencer les décisions des individus, notamment dans le contexte de la consommation de substances licites et illicites.

H 13 : L'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes exerce une influence positive sur la consommation illicite de psychotropes.

H 14 : Les normes subjectives concernant la consommation illicite de psychotropes exercent une influence positive sur la consommation illicite des psychotropes.

H 15 : La perception de contrôle comportemental concernant la consommation illicite de psychotropes exerce une influence positive sur la consommation illicite des psychotropes.

Les trois hypothèses ci-haut (H13, H14, et H15) se concentrent sur l'effet direct des attitudes, des normes subjectives et des perceptions de contrôle comportemental sur la consommation illicite de psychotropes, sans faire appel à l'intention comme médiateur. Dans leur critique de la TCP, Sniehotta, Presseau et Araújo-Soares (2014) ont montré que ces facteurs peuvent influencer directement le comportement sans que l'intention soit nécessairement un facteur médiateur. Par exemple, les croyances et attitudes peuvent prédire le comportement de manière indépendante, contournant ainsi le rôle médiateur traditionnel de l'intention. Même sans une intention formée explicitement, une personne peut agir en fonction de ses attitudes ou des normes sociales auxquelles elle adhère. De plus, les perceptions de contrôle comportemental peuvent influencer le comportement de manière directe où des individus peuvent, par exemple, choisir de consommer des psychotropes en fonction de leur perception de leur capacité à contrôler ce comportement, indépendamment de l'intention. Les intentions ne sont pas toujours un prédicteur fiable du comportement, car il est possible que des individus agissent de manière contradictoire par rapport à leurs intentions (par exemple, vouloir ne pas consommer de substances, mais céder aux pressions sociales ou contextuelles). Par conséquent, ces hypothèses ne prennent pas en compte l'intention en tant que médiateur.

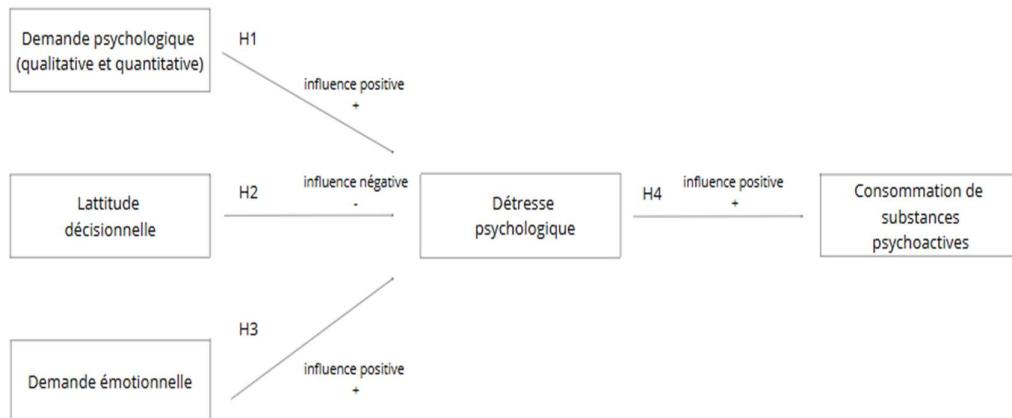


Figure 2.3 Hypothèses résultants du modèle demande-contrôle de Karasek (1979)

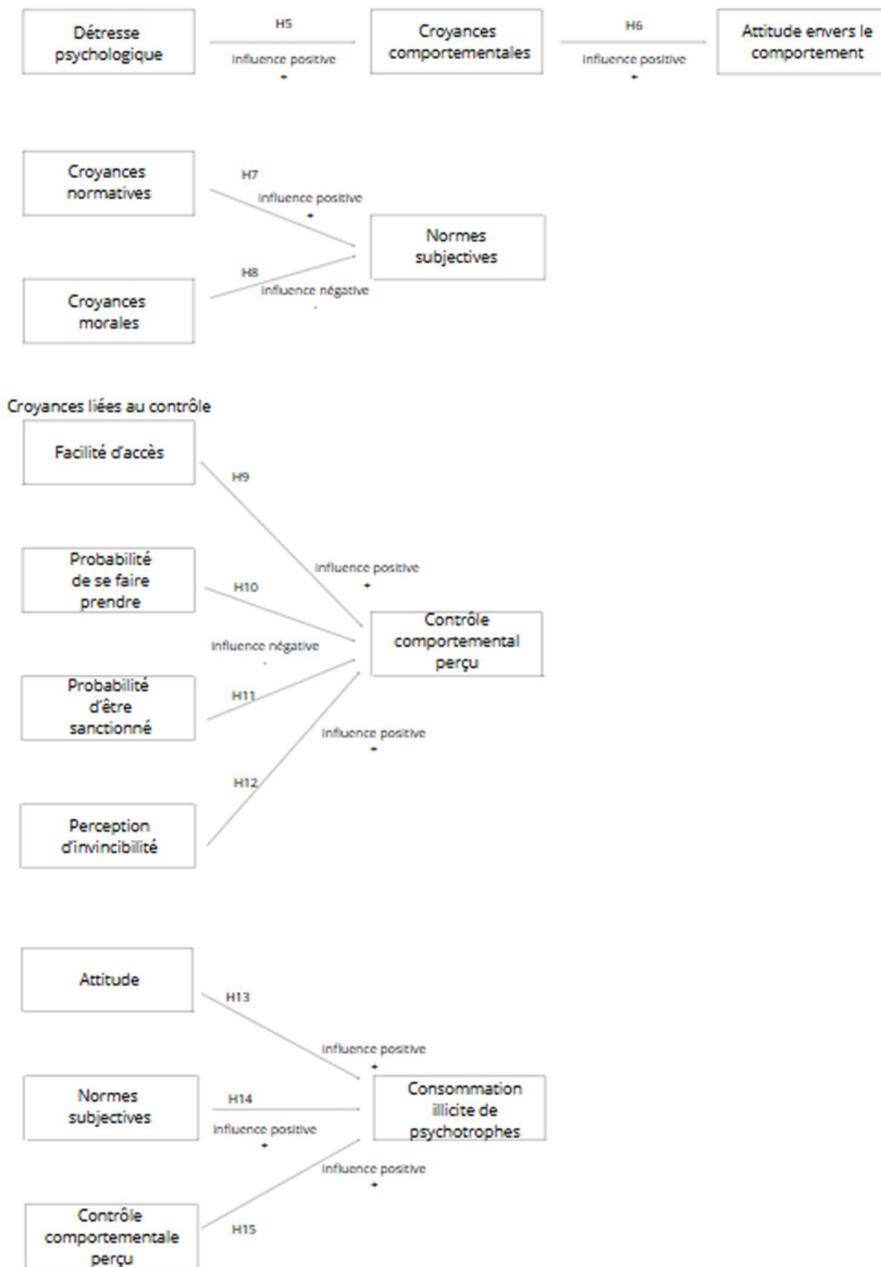


Figure 2.4 Hypothèses résultants de la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991)

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre porte sur le cadre méthodologique. Il présente les différentes décisions que nous avons prise concernant la collecte des données, lesquelles serviront à vérifier la vraisemblance de nos hypothèses de recherche. Rappelons que ces hypothèses visent à déterminer dans quelle mesure un certain nombre de facteurs influencent la consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens. Dans un premier temps, nous présenterons le devis de recherche que nous avons choisi pour encadrer le processus de collecte de données. Précisons dès maintenant qu'il s'agit d'un devis corrélationnel à coupe transversale.

Nous passerons ensuite à la technique d'échantillonnage et à la description de l'échantillon. Nous indiquerons notamment les critères de sélection des participants et la manière dont nous les avons recrutés. Cela nous mènera à présenter la technique de collecte de données, à savoir le questionnaire électronique auto-administré. Il sera ensuite question des instruments de mesure que nous avons utilisés pour collecter les données.

3.1 Devis de recherche

Les auteurs définissent le devis de recherche de plusieurs façons. Pour certains, « les devis de recherche quantitative regroupent les approches qui mettent l'accent sur la prédiction de variables, la vérification des données, les variables mesurables, l'utilisation d'instrument de collecte de données, le seuil de signification statistique et la validité interne » (Lusardi, 1999 ; 153 dans Deslauriers, 2001). Pour d'autres, il est aussi défini comme « Un plan d'ensemble qui précise les activités à accomplir ou les conditions particulières à appliquer dans la conduite de la recherche » (Fortin et Gagnon, 2022 ; 138). Si l'on se réfère à Gauthier, le devis de recherche renvoie au concept de structure de la preuve, laquelle constitue « L'arrangement des modes de comparaison adoptés pour vérifier des hypothèses, assurer les liens entre les variables retenues et éliminer les influences d'autres variables » (Gauthier, 2010 : 170). Il s'agit donc de prendre un certain nombre de décisions qui guideront la collecte de données et qui visent à assurer le plus haut degré de validité interne possible. En d'autres mots, un devis de recherche est le plan général qui guide la manière dont une étude est menée. Il détermine comment collecter les données, comment vérifier les hypothèses, et comment mesurer les différentes variables. Il s'assure aussi que les résultats obtenus soient valides et fiables. Autrement dit, c'est un

ensemble de décisions qui structure la recherche pour qu'elle soit rigoureuse et qu'on puisse être certain que les résultats sont justes et pertinents.

Les devis de recherche se distinguent principalement sur deux aspects : le nombre de collectes de données et le lieu de la collecte de données (milieu naturel sans interférence du chercheur ou milieu artificiel - « laboratoire » - où le chercheur manipule une ou plusieurs variables) (Sekaran, 2003). Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour un devis corrélational à coupe transversale. Ce devis consiste à « collecter des données sur un grand nombre de cas [ici, des pharmaciens] en vue de déterminer les covariations (corrélations) entre les variables [...] Les données pour chacune des variables sont collectées une seule fois. Les données sont quantitatives ou quantifiables de manière à déterminer les covariations » (variations simultanées de la valeur des variables) (Bryman et Bell, 2007 ; 55).

Ce devis de recherche est pertinent compte tenu de notre objectif, qui vise à examiner les liens entre différents facteurs explicatifs (identifiés *a priori*) et la consommation illicite de substances psychoactives telle qu'elle se manifeste dans le quotidien des pharmaciens. Bien qu'il ne permette pas d'établir de relation de cause à effet, il offre une perspective sur les associations possibles entre ces variables.

Fréquemment employé en sciences sociales et en psychologie, le devis corrélational permet d'examiner les relations entre comportements, attitudes, et contextes sociaux, en fournissant une vue d'ensemble sur les interactions entre les variables d'intérêt (Deslauriers, 2001). Ce type de devis est ainsi particulièrement adapté pour analyser les associations entre divers facteurs tels que les perceptions des caractéristiques du travail (ex. : les facteurs psychosociaux), les états psychologiques (ex. : le stress et la détresse psychologique), les attitudes et les comportements des individus en ce qui concerne la consommation illicite de substances psychoactives. En utilisant ce devis, l'étude vise à déterminer dans quelle mesure ces variables sont liées entre elles. Nous cherchons à vérifier les relations d'influence entre les variables.

Le devis corrélational à coupe transversale s'inscrit dans la démarche hypothético-déductive, laquelle vise à vérifier des hypothèses de recherche formulées à partir des théories existantes, garantissant ainsi une démarche systématique et fondée pour analyser ces relations. Ce devis est donc pertinent pour vérifier les hypothèses de recherche que nous avons formulées en nous appuyant sur le modèle demande-contrôle et la théorie du comportement planifié.

Le choix du devis de recherche présente des avantages et des limites sur le plan de la validité interne et la validité externe. D'abord, « la validité interne est la caractéristique d'une structure de preuve qui fait que les conclusions sur la relation de cause à effet reliant le facteur déclenchant au changement d'état de la cible sont solides et qui assure que les changements ne sont pas causés par la modification d'autres variables » (Gauthier, 2008 ; 191). En d'autres termes, la validité interne concerne le degré de certitude accordé au fait que c'est la variation de la variable indépendante qui entraîne la variation de la variable dépendante, et non pas la variation d'une autre variable à laquelle les deux variables sont liées. Le devis corrélational à coupe transversale présente un degré de validité interne relativement faible (Gauthier, 2008). Puisque toutes les variables sont collectées en même temps et que le chercheur ne contrôle pas la variation des variables indépendantes, il se trouve à n'observer que la variation simultanée des variables. Il est alors difficile d'être certain que ce sont les variables indépendantes retenues qui agissent de manière à faire varier la variable dépendante. Cela dit, il est possible d'accroître le degré de validité interne de notre recherche en construisant une articulation théorique solide qui s'ancre dans des modèles et des théories qui ont fait leurs preuves. De cette manière, les hypothèses de recherche sont logiquement déduites d'explications valables concernant la nature de la relation entre les variables, ce qui réduit la probabilité que nos résultats soient attribuables à des variables confondantes (variables exogènes). De plus, le contrôle statistique d'un certain nombre de variables permet d'augmenter la validité interne (Gauthier, 2008).

En ce qui concerne la validité externe, elle est « la caractéristique d'une structure de preuve qui fait que les résultats obtenus sont généralisables au-delà des cas observés pour les fins de l'étude » (Gauthier, 2008 ; 191). En résumé, alors que la validité interne garantit que les effets mesurés sont bien dus aux variables étudiées, la validité externe évalue dans quelle mesure ces résultats sont applicables à d'autres contextes ou populations, notamment en fonction de la représentativité de l'échantillon (Gauthier, 2008).

Il convient ici de faire une précision concernant la généralisation des résultats. Ce concept fait référence à deux notions distinctes : la généralisation statistique et la généralisation à d'autres populations. La généralisation statistique concerne le degré auquel les résultats obtenus auprès de l'échantillon sont vrais dans la population d'où est tiré l'échantillon. La représentativité de l'échantillon est au cœur de ce premier type de généralisation. Pour sa part, la généralisation à d'autres contextes dépend de « la possibilité de montrer que les résultats obtenus dans une recherche déterminée, faite dans un contexte donné, ne sont pas dépendant ni du contexte, ni de la situation particulière créée par le processus de recherche lui-même » (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, et al. 2005 : 41). En d'autres termes, plus les relations décelées entre les variables sont tributaires des

caractéristiques particulières de la population étudiée, plus il est difficile de transposer ces résultats à d'autres populations. Nous aborderons plus largement la notion de représentativité de l'échantillon dans une section ultérieure.

3.2 L'échantillon

La population à l'étude et l'échantillonnage

La population cible ou la population à l'étude est « [...] composée d'éléments distincts possédant un certain nombre de caractéristiques communes. Ces éléments sont les unités d'analyse sur lesquelles seront recueillies des informations » (Contandriopoulos et al., 2005 : 56). En d'autres termes, il s'agit de l'« ensemble des unités ou des cas auxquels s'appliquent les conclusions d'une étude » (Vallerand et Hess, 2000 : 540). Dans ce mémoire, la population cible est constituée des 10 019 pharmaciens exerçant au Québec, selon les données de l'Ordre des pharmaciens du Québec en date du 31 mars 2022.

Afin de constituer notre échantillon, nous n'avons pas utilisé de technique d'échantillonnage proprement dite, c'est-à-dire une technique permettant de sélectionner des éléments de la population pour former l'échantillon. Nous avons plutôt opté pour le recensement. Celui-ci consiste à inviter tous les membres de la population à participer à l'étude, c'est-à-dire à faire partie de l'échantillon (Bryman et Bell, 2007). Le recensement se distingue de l'échantillon de volontaires. Ce dernier vise à recruter des membres d'une population qui présentent des caractéristiques particulières qui sont difficilement repérables (ex. : victimes de harcèlement). Les membres de la population sont alors inconnus et il n'est pas possible de les contacter directement pour les inviter à participer à la recherche. Au contraire, le recensement consiste à envoyer l'invitation à tous les membres de la population visée (Bryman et Bell, 2007).

Un échantillon est « défini comme l'ensemble des éléments sur lesquels des données seront rassemblées » (Royer et Zarlowski, 2016 ; 220). Le recensement par l'entremise d'un partenaire a constitué l'option la plus pertinente pour trois raisons. D'abord, il ne nous est pas possible de dresser nous-mêmes la liste de tous les pharmaciens et d'obtenir leurs coordonnées, ce qui limite la constitution d'une base de sondage. Deuxièmement, tous les pharmaciens sont membres de l'Ordre des pharmaciens du Québec, lequel communique régulièrement avec ses membres par l'intermédiaire d'une infolettre électronique nommée La Dépêche. Troisièmement, l'Ordre des pharmaciens a accepté de diffuser à tous ses membres l'invitation à participer à notre étude. Ainsi, tous les pharmaciens ont été informés de notre message concernant la recherche de participants. En d'autres termes, tous les

membres de la population ont reçu, par l'intermédiaire de l'infolettre, un court message concernant l'objectif de l'étude, le caractère volontaire de la population ainsi que l'hyperlien menant au questionnaire électronique hébergé sur le serveur sécurité *LimeSurvey*.

La taille de l'échantillon

Bien que nous n'utilisions pas de technique d'échantillonnage, il est pertinent d'estimer le nombre de participants nécessaires pour obtenir un échantillon effectif (les participants qui ont répondu au questionnaire) qui soit représentatif de sa population. Sur la base de la méthode de Krejcie et Morgan (1970), un échantillon de 370 répondants est jugé nécessaire pour représenter une population d'environ 10 000 personnes.

Parmi les 10 019 pharmaciens contactés, 91 ont ouvert le questionnaire et entamé le sondage. Cependant, seulement 49 d'entre eux ont soumis le questionnaire (48 francophones et un anglophone), dont 47 ont été complétés intégralement. Le questionnaire complété en anglais a été traité avec les réponses francophones afin de ne pas exclure cette donnée. De plus, comme les questions n'étaient pas obligatoires, certains questionnaires soumis étaient partiellement complétés. Cela correspond à un taux de réponse de 0,47%. Par conséquent, il est important de noter que les résultats de notre étude ne pourront pas être généralisés à l'ensemble de la population.

Un taux de réponse aussi faible (0,47 %) soulève des préoccupations concernant le biais de non-réponse, qui survient lorsque les caractéristiques des non-répondants diffèrent systématiquement de celles des répondants. Ce biais peut altérer les résultats de l'étude, en introduisant une distorsion dans les estimations et en compromettant la validité des conclusions (Statistique Canada, 2001 ; Bureau du vérificateur général du Canada, 2007). De plus, ce faible taux de réponse peut également entraîner un biais de sélection, où l'échantillon final ne reflète pas adéquatement la population cible. Cela pourrait conduire à des généralisations erronées, limitant la capacité à extrapoler les résultats à l'ensemble de la population étudiée (Bureau du vérificateur général du Canada, 2007).

Les caractéristiques de l'échantillon

Parmi les 47 répondants à notre étude, 13 sont des hommes (27,7 %), 33 sont des femmes (70,2 %), et une personne s'identifie comme non binaire. La majorité des participants se situent dans la tranche d'âge de 35 et 44 ans (42,6 %), et la plupart d'entre eux possèdent entre 5 et 10 ans d'expérience en tant que pharmaciens (31,9 %). En ce qui concerne leur milieu de pratique, 36 pharmaciens (76,6 %) travaillent en pharmacie communautaire, tandis que 9 (19,1 %) exercent en milieu hospitalier. Un

répondant travaille au sein d'un groupe de médecine de famille et un autre dans un milieu non traditionnel.

Tableau 3.1 - Âge des répondants

Âge des répondants		
	Fréquence	Pourcentage
18 – 24 ans	2	4,3
25 – 34 ans	20	42,6
35 – 44 ans	16	34,0
45 – 54 ans	5	10,6
55 – 64 ans	4	8,5
65 ans et plus	0	0
Total	47	100,00

Tableau 3.2 - Années de pratique des répondants

Années de pratique des répondants		
	Fréquence	Pourcentage
Moins de 1 an	3	6,4
Entre 1 an et 3 ans	2	4,3
Entre 3 ans et 5 ans	4	8,5
Entre 5 ans et 10 ans	15	31,9
Entre 10 ans et 15 ans	6	12,8
Entre 15 ans et 20 ans	10	21,30
Plus de 20 ans	10	21,3
Total	47	100,0

Tableau 3.3 - Sexe des répondants

Sexe des répondants		
	Fréquence	Pourcentage
Homme	13	27,7
Femme	33	70,2
Non-binaire	1	2,1
Total	47	100,00

Tableau 3.4 - Type de pharmaciens

Type de pharmaciens		
	Fréquence	Pourcentage
Pharmacien communautaire	36	76,6
Pharmacien en milieu hospitalier	9	19,1
Pharmacien en groupe de médecine de famille	1	2,1
Pharmacien en milieu non traditionnel	1	2,1
Total	47	100,00

3.3 La collecte de donnée

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour le questionnaire auto-administré en ligne. Cette technique de collecte de données offre une flexibilité et une polyvalence exceptionnelles pour étudier des sujets tels que la consommation de substances chez les pharmaciens. En permettant de recueillir rapidement des données sur des comportements privés difficiles à observer directement.

Le questionnaire auto-administré facilite une analyse détaillée des attitudes et des caractéristiques sociodémographiques (Gauthier, 2008). L'anonymat garanti par ce questionnaire auto-administré favorise la participation, en particulier sur des sujets sensibles tout en favorisant aussi les réponses sincères, c'est-à-dire, représentative de la réalité (Van Selm et Jankowski, 2006 ; Gnambs et Kaspar, 2015). Toutefois, la sensibilité d'un sujet de recherche, tel que la consommation illicite de médicaments d'ordonnance, peut entraîner un biais de désirabilité sociale important, car les répondants peuvent être tentés de minimiser leur consommation afin d'éviter d'être perçus négativement. Cela peut influencer le taux de réponse en décourageant les individus à participer ou en les incitant à fournir des réponses socialement acceptables, ce qui fausse la fiabilité des résultats obtenus (Paulhus, 2002).

Les jeunes générations, plus à l'aise avec les technologies, sont davantage susceptibles de répondre, ce qui contribue à l'augmentation des taux de réponse (Van Selm et Jankowski, 2006). L'Internet, en offrant un anonymat précieux, permet d'atteindre plus facilement des répondants et favorise le partage d'expériences et d'opinions sur des sujets sensibles. Il est important de noter que les données recueillies lors des sondages en ligne, y compris les adresses IP, sont protégées en accord avec les normes de confidentialité et la législation sur la protection des renseignements personnels

(Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, s.d.). Ainsi, les enquêtes en ligne sont particulièrement avantageuses pour traiter des questions délicates (Van Selm et Jamkowski, 2006). Étant donné le caractère sensible de cette recherche sur la consommation illicite de médicaments d'ordonnance chez des pharmaciens, l'utilisation d'un questionnaire en ligne est particulièrement pertinente. Il permet aux participants de répondre de manière anonyme à des questions délicates concernant l'auto-médication, l'abus ou l'usage illicite, sans craindre le jugement. En outre, l'absence de pression sociale et la possibilité de répondre à leur propre rythme favorisent des réponses plus honnêtes et authentiques, réduisant ainsi les biais potentiels liés à la désirabilité sociale (Van Selm et Jamkowski, 2006).

En parallèle, les questionnaires auto-administrés, notamment en ligne, se distinguent par leur facilité d'utilisation, offrant une meilleure convivialité par rapport aux versions papier et permettant aux personnes participantes de fournir des réponses de meilleure qualité grâce à des interfaces intuitives (Braekman et al., 2019).

Le questionnaire auto-administré en ligne présente quelques limites. Tout d'abord, ils sont susceptibles d'entrainer de faible taux de réponses (Fortin et Gagnon, 2022), ce qui a une incidence sur la fiabilité des données. Comme mentionné plus haut, un faible taux de réponse soulève des préoccupations concernant le biais de non-réponse, un phénomène où les caractéristiques des non-répondants diffèrent systématiquement de celles des répondants. Ce biais peut affecter l'étude en introduisant une distorsion dans les résultats, ce qui compromet la validité des conclusions. Entre autres, ce faible taux peut entraîner un biais de sélection, rendant l'échantillon final non représentatif de la population cible et limitant ainsi la capacité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population étudiée (Bureau du vérificateur général du Canada, 2007). Même en utilisant des modes mixtes (Internet et papier), le taux de réponse ne s'améliore pas forcément, malgré des efforts importants de relance, avec une proportion significative de répondants qui ne terminent pas les questionnaires (Braekman et al., 2019), ce qui est d'ailleurs démontré dans plusieurs études portant sur le sujet de la consommation. Dans leur étude sur l'historique familial et la consommation de substances chez les professionnels de la santé, Kenna et Wood (2005) ont obtenu un taux de réponse global de 68,7 %, grâce à plusieurs relances, incluant trois vagues de questionnaires et deux cartes de rappel. L'analyse des non-réponses a révélé que celles-ci étaient principalement attribuables à des adresses incorrectes, des participants retraités ou décédés. Dans une autre étude explorant le concept d'optimisme pharmacologique, Kenna et Wood (2008) ont été confrontés à un taux de réponse nettement plus faible (31 %), et ce, malgré l'offre d'incitations financières. Les auteurs suggèrent que

cette participation limitée pourrait s'expliquer par la crainte des étudiants quant aux répercussions professionnelles liées à la divulgation de leurs habitudes de consommation.

De plus, ce type de questionnaire peut nuire à la fiabilité des réponses, notamment en raison des difficultés de compréhension des questions. Sans la présence d'un chercheur pour clarifier les énoncés, les malentendus risquent d'entraîner des erreurs d'interprétation de la part des répondants, les conduisant à donner des réponses qui ne correspondent pas à ce qui est demandé (Van Selm et Jankowski, 2006). Finalement, des dysfonctionnements techniques récurrents, comme des erreurs ou des problèmes techniques, peuvent agacer les participants, réduire leur motivation à répondre et même les amener à quitter l'enquête avant de l'avoir complétée (Dillman, Smyth et Christian, 2014).

Dans le cadre de ce mémoire, le sondage a d'abord été diffusé par le biais de l'infolettre de l'Ordre des pharmaciens du Québec, envoyée par courriel à ses membres. Malheureusement, aucun rappel n'a été effectué, malgré notre demande. Le questionnaire est resté en ligne pendant environ six semaines. Pour maximiser la visibilité, nous l'avons également partagé dans des groupes Facebook de pharmaciens, espérant ainsi joindre un plus grand nombre de répondants.

3.4 Les instruments de mesure

L'opérationnalisation des variables est un processus qui vise à transformer des concepts abstraits en éléments concrets et mesurables, permettant leur analyse empirique. Cette démarche implique de faire la distinction entre les variables dépendantes et indépendantes, et de formuler des énoncés qui permettent de mesurer correctement les variables en vue de les analyser (Anceaux et Sockeel, 2006). La construction des instruments de mesure joue un rôle essentiel dans le processus de recherche, car ils doivent permettre la collecte de données fidèles à la réalité. Pour ce faire, ces instruments doivent être fondés sur des concepts clairement définis et uniformément interprétés par les chercheurs (Aktouf, 1987).

3.4.1 La variable dépendante

Une variable dépendante est l'élément mesuré dans une étude qui représente l'effet ou la réponse observée en fonction des variations des variables indépendantes. En d'autres termes, c'est la variable dont les variations sont observées en relation avec les conditions définies dans l'étude. (Anceaux et Sockeel, 2006 ; Aktouf, 1987). On peut ainsi dire que la variation de la valeur de la variable dépendante "dépend" de la variable de la valeur des variables indépendante.

La consommation illicite de médicament d'ordonnance

La variable dépendante de cette étude est la consommation illicite de médicaments d'ordonnance. Ce terme fait référence à l'usage illégal (sans ordonnance médicale) de médicaments d'ordonnance qui agissent sur le système nerveux central (ex. : analgésiques narcotiques, tranquillisants, stimulants) (Frone, 2019). Les éléments utilisés pour évaluer cette variable sont dérivés du questionnaire 22 élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (INSPQ, 2024). Certains de ces éléments ont été légèrement modifiés pour les adapter aux objectifs spécifiques de notre étude tout en conservant l'essence de l'instrument de mesure original de l'INSPQ.

Les deux séries d'énoncés utilisées visent à évaluer la consommation illicite de substances psychoactives : la première série mesure la fréquence de consommation de ces substances, tandis que la seconde évalue la dimension illicite de cette consommation. Cette première série d'énoncés vise ainsi à mesurer le niveau de consommation de trois substances psychoactives d'analgésiques narcotiques, de tranquillisants et de stimulants. La validité et la fiabilité des énoncés ont été validées dans une étude antérieure menée par Fernandez, Aulagnier, Bonnet, Guinard, et al., (2005). Les réponses sont recueillies à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponses spécifiant les fréquences suivantes : (1) jamais ; (2) une ou deux fois ; (3) environ une fois par semaine ; (4) plusieurs fois par semaine ; (5) presque tous les jours. De plus, il convient de noter que *LimeSurvey* impose systématiquement l'option « sans réponse » pour chaque question du questionnaire.

Tableau 3.5 - Questions sur la consommation illicite de substances psychoactives

Au cours des 30 DERNIERS JOURS à quelle fréquence avez-vous consommé les médicaments suivants ?
Des analgésiques narcotiques (par exemple morphine, codéine, propofol, etc.).
Des tranquillisants (barbituriques, benzodiazépines, etc.).
Des stimulants (méthylphénidate, dexampétamine, lisdexamphétamine, etc.).

La seconde série d'énoncés est également issue du questionnaire 22 de l'INSPQ (INSPQ, 2024), bien qu'elle ait été légèrement modifiée pour correspondre à notre objectif de recherche. Notons que l'INSPQ a fondé son questionnaire sur des modèles développés par Statistique Canada (Statistique Canada, 2012a ; Statistique Canada, 2012b). Ces énoncés visent à déterminer si les médicaments consommés ont été prescrits ou non prescrits (soit le caractère illicite de la consommation). Les pharmaciens participants pouvaient choisir entre (1.) prescrits ; (2.) non-prescrits. Il leur était également permis de ne pas répondre à cette question.

Tableau 3.6 - Questions sur le statut de prescription du médicament

Parmi les médicaments que vous avez pris au moins une fois, indiquez lesquels étaient prescrits par un professionnel de la santé (ex. Médecin, psychiatre).
Des analgésiques narcotiques (par exemple morphine, codéine, propofol, etc.).
Des tranquillisants (barbituriques, benzodiazépines, etc.).
Des stimulants (méthylphénidate, dexamphétamine, lisdexamphétamine, etc.).

3.4.2 Les variables indépendantes

Les variables indépendantes sont des éléments ou aspects que le chercheur examine pour comprendre leur influence sur les variables dépendantes. Elles peuvent inclure des caractéristiques contextuelles ou des traits propres aux sujets de l'étude, et peuvent évoluer indépendamment ou être influencées par d'autres conditions. Leur rôle est de permettre l'observation de leur impact sur un phénomène donné, sans que cela implique nécessairement une manipulation directe. L'objectif est de comprendre les relations ou les effets qu'elles peuvent avoir sur d'autres variables dans un cadre spécifique (Bryman et Bell, 2007 ; Anceaux et Sockeel, 2006).

Les demandes psychologiques

Pour évaluer les demandes quantitatives et qualitatives au travail, nous avons utilisé la version en langue française du Job Content Questionnaire de Karasek (Lequeure et al., 2013). De plus, nous avons utilisé un énoncé provenant du questionnaire de Beerh, Walsh et Taber (1976) afin de mieux faire ressortir les contraintes de temps relatif à la demande quantitative. Nous avons aussi utilisé une question provenant de l'échelle de la demande émotionnelle de Xanthopoulou, Bakker et Fishback (2013). Les réponses ont été collectées à l'aide d'une échelle de fréquence à 5 modalités de réponse : (1) jamais ou presque jamais ; (2) parfois ; (3) souvent ; (4) la plupart du temps ; et (5) presque toujours.

Tableau 3.7 - Questions sur les demandes psychologiques

Les demandes psychologiques		
Variables	Définitions	Énoncés
Demandes quantitatives au travail	La demande quantitative concerne la quantité de travail à effectuer au cours d'une période prédéterminée. Elle renvoie donc non seulement au volume de travail, mais également à la pression du temps et au rythme de travail.	Je dois me dépêcher pour faire mon travail. (Lequeure et al., 2013)
		La quantité de travail que je dois faire est trop élevée. Lequeure et al., 2013)
		Je suis confronté(e) à des contraintes de temps et des échéances serrées (Beerh, Walshet Taber, 1976).
		Je dois faire plusieurs tâches en même temps.
Demandes qualitatives au travail	La demande qualitative fait référence aux efforts mentaux requis pour accomplir le travail. Il est question ici du niveau élevé de concentration pendant des périodes prolongées et des interruptions fréquentes (Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, Bongers et Amick, 1998).	Mon travail m'oblige à me concentrer intégralement pendant de longues périodes. (Lequeure et al., 2013)
		Ma tâche est interrompue avant que je l'aie terminé, je dois alors y revenir plus tard (Lequeure et al., 2013)
		J'ai des situations imprévues dont je dois m'occuper (Lequeure et al., 2013)
		Je dois faire des choses qui, selon moi, devraient être faites autrement (Karasek et al., 1998)
		Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes (ex. : médecins, clients, collègues, pharmacien propriétaire) (Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi & Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité, 2008)
		Je dois travailler sur des choses peu importantes.
Demandes émotionnelles au travail	La demande d'effort à fournir pour contrôler ses émotions	J'ai affaire à une clientèle difficile ou hostile (Xanthopoulou, Bakker et Fishback, 2013).

La latitude décisionnelle

La latitude décisionnelle désigne la marge de manœuvre dont dispose un individu dans son travail, incluant l'autonomie dans la prise de décisions et la possibilité d'utiliser et développer diverses compétences pour accomplir les tâches et résoudre les problèmes (Karasek et al., 1998). La latitude décisionnelle renferme ainsi deux composantes. Afin de les mesurer, nous avons utilisé la version en langue française (Lequeurre, Gillet, Ragot et al., 2013) du Job Content Questionnaire de Karasek. Les réponses ont été collectées à l'aide d'une échelle de fréquence à 5 modalités, avec les options suivantes : (1) jamais ou presque jamais ; (2) parfois ; (3) souvent ; (4) la plupart du temps ; et (5) presque toujours.

Tableau 3.8 - Questions sur la latitude décisionnelle

Latitude décisionnelle		
Variables	Définitions	Énoncés
L'autonomie	L'autonomie, concerne la liberté de prendre des décisions sur la manière de faire le travail (Karasek, 1979).	J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome. J'ai suffisamment d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.
L'utilisation des compétences	L'utilisation des compétences - développement. La deuxième dimension renvoie à la variété des tâches et elle est définie comme la possibilité pour un individus d'utiliser plusieurs de ses compétences et d'en développer de nouvelles pour être en mesure d'accomplir le travail et de résoudre les problèmes qui se présentent (Karasek et al., 1998).	J'ai le sentiment que j'utilise pleinement mes compétences (inversé). Je me sens compétent(e) et capable de faire mon travail (inversé).

La détresse psychologique

L'instrument utilisé pour mesurer la détresse psychologique chez les pharmaciens provient du questionnaire 8 de l'INSPQ (INSPQ, 2024), lequel est une traduction française de l'instrument "K6" (Kessler Psychological Distress Scale) (Kessler, 2010). Cet outil de mesure, validé dans de nombreux pays (Kessler, 2010), n'a pas été modifié pour notre étude. Les réponses sont recueillies à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq niveaux, spécifiant les fréquences suivantes : (1) jamais ; (2) rarement ; (3) parfois ; (4) la plupart du temps ; (5) tout le temps. Nous avons évalué la détresse psychologique des pharmaciens à l'aide de six énoncés de cet instrument, et les résultats ont été agrégés sous forme d'une somme des points obtenus. La méthode de calcul recommandée par Vézina et l'IRSST (2011) a été utilisée pour attribuer des points et classifier les niveaux de détresse.

Les résultats sont présentés selon les niveaux de détresse psychologique suivants :

- Faible niveau de détresse psychologique (0 à 4 points),
- Niveau modéré de détresse psychologique (5 à 6 points),
- Niveau important de détresse psychologique (7 à 12 points),
- Niveau très important de détresse psychologique (13 à 24 points).

Tableau 3.9 - Attribution des points selon les modalités de réponses

Le seuil de 7 à 24 points correspond à un niveau élevé de détresse psychologique, seuil adopté par Statistique Canada.

Attribution des points selon les modalités de réponse	
Modalité de réponse pour chacun des six énoncés	Pointage
Jamais	0
Rarement	1
Parfois	2
La plupart du temps	3
Tout le temps	4

Tableau 3.10 - Questions sur la détresse psychologique

Au cours des 30 DERNIERS JOURS, indiquez à quelle fréquence vous avez éprouvé ces sensations :		
Variables	Définitions	Énoncés
Détresse psychologique	« La détresse psychologique est largement définie comme un état de souffrance émotionnelle caractérisé par des symptômes de dépression (par exemple, perte d'intérêt, tristesse, désespoir) et	Je me suis senti(e) nerveux, nerveuse. Je me suis senti(e) désespéré(e). Je me suis senti(e) triste ou déprimé(e). J'avais l'impression que tout était un effort. Je me sentais bon, bonne à rien. Je me sentais agité(e) ou ne tenant pas en place.

Pour mesurer les variables issues de la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen (1991), nous avons développé des instruments spécifiques. Comme le précise Ajzen (2006), les énoncés utilisés pour collecter des données sur les variables de la TCP doivent être adaptés au comportement étudié. Nous avons suivi cette méthodologie pour formuler les énoncés mesurant les croyances comportementales, normatives, liées au contrôle, ainsi que les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu.

Croyances comportementales

Les croyances comportementales se rapportent aux avantages et aux inconvénients perçus à adopter un comportement donné. Les individus évaluent les conséquences positives et négatives que pourrait entraîner ce comportement, afin de déterminer s'il serait bénéfique pour eux (Ajzen, 1991). Dans notre étude, cela concernait l'évaluation des avantages et des inconvénients de la consommation illicite de substances psychoactives par les pharmaciens.

Nous avons formulé les énoncés suivants :

- Pour les pharmaciens(ne)s, la consommation de psychotropes sans ordonnance (automédication) comporte plus d'avantages que d'inconvénients.
- Lorsqu'on est pharmacien(ne), l'automédication présente plus de bienfaits que de conséquences négatives.

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités de réponse : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord.

Croyances normatives

Les croyances normatives désignent la perception qu'a un individu des attentes des personnes importantes à son égard concernant un comportement particulier. Ces croyances influencent la pression sociale ressentie pour adopter ou éviter ce comportement (Ajzen, 1991). Nous avons structuré les questions pour capturer la norme subjective, selon les suggestions d'Ajzen (2006).

Voici les énoncés formulés pour cette variable :

- Si je prenais des psychotropes sans ordonnance, mes amis seraient déçus de moi.
- Si je prenais des psychotropes sans ordonnance, je perdrais l'estime de ma famille.
- La plupart des pharmacien(ne)s que je connais trouveraient souhaitable que je prenne des psychotropes sans ordonnance.
- Mes collègues approuveraient le fait que je prenne des psychotropes sans ordonnance.

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités de réponse : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord.

Croyances liées au contrôle

Les croyances liées au contrôle se rapportent à la perception qu'a un individu de sa capacité à réaliser un comportement en tenant compte des obstacles et facilitateurs potentiels (Ajzen, 1991). Ces croyances sont essentielles pour comprendre la capacité perçue des pharmaciens à s'engager dans l'automédication. Nous avons suivi les conseils d'Ajzen (2019) pour élaborer les énoncés relatifs aux conditions facilitatrices ou aux obstacles.

Les énoncés formulés sont les suivants :

Accès

- Si je voulais me procurer des substances psychoactives sans ordonnance, je pourrais facilement en prendre dans l'inventaire.

- Je pourrais facilement me les procurer auprès de mes collègues de travail.
- Je pourrais facilement me les procurer auprès de mes amis et/ou ma famille.
- Je pourrais facilement me les procurer sur le marché noir et/ou sur Internet.

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq modalités de réponse : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord.

Invincibilité

- Je pourrais prendre des psychotropes sans ordonnance car mes compétences me protègent de la dépendance.

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponse : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord.

Sanction

- Dans quelle mesure votre organisation appliquerait-elle des sanctions si une personne était prise à consommer des substances sur les lieux de travail ?

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponse : 1) jamais ou presque jamais ; 2) parfois ; 3) souvent ; 4) la plupart du temps ; 5) presque toujours.

Risque de se faire prendre

- À quelle fréquence votre organisation effectue-t-elle des inventaires pour vérifier la quantité de médicaments en stock et détecter d'éventuelles pertes ou vols ?

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponse : 1) jamais ou presque jamais ; 2) rarement ; 3) parfois ; 4) souvent ; 5) fréquemment.

Ces énoncés permettent de capter différents aspects du contrôle perçu, qu'il s'agisse de l'accès aux substances, de la perception des compétences (invincibilité) ou des risques liés à la consommation (sanctions et inventaires).

Attitude face au comportement déviant

L'attitude face à un comportement se définit comme l'évaluation positive ou négative d'une personne à l'égard de ce comportement, influencée par ses croyances sur les avantages et inconvénients potentiels (Ajzen, 1991). Nous avons formulé les énoncés en suivant la méthode d'Ajzen, en nous basant sur le questionnaire de Kenna et Wood (2008) utilisé pour mesurer l'attitude des étudiants en pharmacologie et en sciences infirmières.

Les énoncés pour cette variable sont :

- La consommation de psychotropes sans ordonnance est une pratique acceptable pour les pharmaciens(ne)s.
- Je pense qu'il est souhaitable que les pharmacien(ne)s puissent prendre des psychotropes sans ordonnance.

Les réponses ont été recueillies à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord.

Normes subjectives

Les normes subjectives se rapportent à la perception qu'a un individu de la pression sociale perçue, c'est-à-dire des attentes de son entourage à l'égard d'un comportement particulier (Ajzen, 1991). Ces croyances influencent la manière dont une personne pense que les autres approuvent ou désapprouvent un comportement, ce qui affecte l'intention de l'adopter.

Les énoncés formulés pour capter les normes subjectives dans cette étude sont :

- Si je prenais des psychotropes sans avoir d'ordonnance, mes amis seraient déçus de moi. (*énoncé inversé*)
- Si je prenais des psychotropes sans ordonnance, je perdrais l'estime de ma famille. (*énoncé inversé*)

- La plupart des pharmacien(ne)s que je connais trouveraient souhaitable que je prenne des psychotropes sans ordonnance.
- Mes collègues approuveraient le fait que je prenne des psychotropes sans ordonnance.

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponse : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord

Ces énoncés mesurent la pression sociale ressentie à travers l'approbation ou la désapprobation des amis, de la famille, des collègues et d'autres pharmaciens.

Normes morales

Les normes morales désignent les croyances partagées sur ce qui est considéré comme bon ou mauvais, influençant les comportements individuels en fonction des valeurs éthiques d'une société (Rohrbaugh et Jessor, 1975). Dans notre étude, la norme morale est représentée par la religion et/ou la spiritualité, qui servent de cadre éthique guidant les comportements individuels, notamment en régulant la consommation de substances psychoactives.

Nous avons utilisé le Religious Commitment Inventory - 10 (Worthington, Wade, Hight et al., 2003) pour mesurer la norme morale. Les énoncés suivants ont été formulés :

- Dans quelle mesure vous engagez-vous dans des pratiques religieuses ou spirituelles telles que la prière, la méditation ou la participation aux services religieux ?
- Dans quelle mesure vos croyances religieuses ou spirituelles influencent-elles vos décisions et vos comportements au quotidien ?

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponse : 1) jamais ou presque jamais ; 2) parfois ; 3) souvent ; 4) la plupart du temps ; 5) presque toujours.

Contrôle comportemental perçu

Le contrôle comportemental perçu fait référence à la perception qu'a une personne de sa capacité à adopter un comportement en fonction de facteurs facilitants ou contraignants (Ajzen, 1991). Dans le cadre de notre étude, le contrôle comportemental perçu est divisé en deux dimensions :

- La première dimension concerne le fait que le comportement est illégal, donc difficile à réaliser en raison de la législation.
- La deuxième dimension se rapporte au risque de développer une dépendance suite à la consommation de psychotropes sans ordonnance.

Composante 1 : Légalité

- Si je voulais prendre des psychotropes sans avoir d'ordonnance, je pourrais m'en procurer sans problèmes.
- Si je voulais prendre des médicaments psychotropes sans avoir d'ordonnance, j'aurais la possibilité de le faire.

Composante 2 : Risque de dépendance

- Si je voulais, je serais capable de prendre des psychotropes sans ordonnance sans devenir dépendant.
- Si je prenais des psychotropes sans ordonnance, je serais capable d'arrêter de les prendre sans problèmes.

Les réponses des participants ont été enregistrées à l'aide d'une échelle de fréquence à cinq modalités de réponse : 1) totalement en désaccord ; 2) en désaccord ; 3) neutre ; 4) en accord ; 5) totalement en accord. Ces énoncés permettent de mesurer dans quelle mesure les participants perçoivent qu'ils ont un contrôle sur l'accès aux substances (légalité) et sur les risques de dépendance liés à leur consommation.

Ce chapitre a présenté l'ensemble des variables et des instruments de mesure utilisés dans cette étude afin d'explorer les facteurs influençant la consommation de substances psychoactives chez les pharmaciens. En nous basant sur des cadres théoriques solides tels que la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen (1991) et le modèle demande-contrôle de Karasek (1979), nous avons élaboré un ensemble d'instruments permettant de mesurer les croyances comportementales, normatives et liées au contrôle, ainsi que les attitudes, normes subjectives et morales des participants, le tout en tentant de créer un instrument de mesure fiable et valide en nous basant sur la méthode de Ajzen (2006).

Le recours à des échelles validées et à des questionnaires reconnus, tel que la version française du Job Content Questionnaire de Karasek (1979) (Lequeure et al., 2013) et le Religious Commitment Inventory de Worthington et al. (2003), nous permet d'obtenir des instruments de fiables et valides.

Les concepts issus de la psychologie du travail, permettent d'analyser les relations complexes entre les facteurs psychosociaux, les attitudes et les comportements liés à l'usage illicite de substances psychoactives (Karasek et al., 1998 ; Ajzen, 2006).

En conclusion, ce chapitre pose les fondations nécessaires à une analyse approfondie des déterminants psychosociaux influençant la consommation de substances chez les pharmaciens, en utilisant des instruments rigoureusement sélectionnés et adaptés au contexte étudié (Ajzen, 1991 ; Karasek, 1979).

CHAPITRE IV

L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de notre étude portant sur la consommation de substances psychoactives chez les pharmaciens québécois. En nous appuyant sur les données recueillies auprès des participants, nous analysons les relations entre plusieurs variables clés, notamment la détresse psychologique, les croyances comportementales, les normes sociales et la consommation de substances psychoactives. Afin de structurer cette analyse, nous avons utilisé les cadres théoriques du modèle demande-contrôle de Karasek et de la théorie du comportement planifié d'Ajzen, qui permettent d'expliquer à la fois les facteurs organisationnels et individuels influençant la consommation de substances dans ce milieu professionnel. Les résultats statistiques et les hypothèses testées sont discutés en fonction de leur concordance avec ces modèles théoriques. Nous abordons également les implications pratiques de ces résultats, ainsi que les limitations méthodologiques qui ont pu influencer les conclusions de notre étude.

4.1 Les résultats descriptifs et les corrélations entre les variables

Dans cette étude, trois techniques d'analyse principales ont été utilisées pour examiner les données, à savoir la moyenne, l'écart-type et la corrélation. Avant de discuter des résultats obtenus, il est important de comprendre chacune de ces méthodes.

La moyenne est une mesure de tendance centrale qui reflète la valeur moyenne d'un ensemble de données. Elle est obtenue en additionnant toutes les valeurs puis en divisant cette somme par le nombre total d'observations (Fortin et Gagnon, 2010). Comparée à d'autres mesures de tendance centrale, la moyenne présente l'avantage d'être plus stable. Cependant, elle peut être influencée par des valeurs extrêmes, bien que cette limite soit atténuée dans notre étude en raison de l'utilisation d'échelles de mesure comportant un nombre restreint de modalités de réponse (Fortin et Gagnon, 2010).

L'écart-type, quant à lui, complète l'interprétation de la moyenne en fournissant des informations sur la dispersion des valeurs autour de la moyenne. Il représente la racine carrée de la variance et donne une idée de la distribution des données par rapport à la moyenne (Fortin et Gagnon, 2010). En d'autres termes, l'écart-type indique dans quelle mesure les réponses diffèrent les unes des autres et dans quelle mesure elles s'éloignent ou se rapprochent de la moyenne du groupe.

Enfin, la corrélation est utilisée pour mesurer le degré de relation entre deux variables. Le coefficient de corrélation, dont la valeur varie entre -1,00 et +1,00, quantifie cette relation linéaire. Un coefficient positif indique que les deux variables varient dans le même sens (quand l'une augmente, l'autre aussi), tandis qu'un coefficient négatif montre une relation inverse (lorsqu'une variable augmente, l'autre diminue) (Bryman et Bell, 2007). Plus le coefficient se rapproche de 1 (ou de -1), plus la relation est forte, alors qu'un coefficient proche de 0 indique une relation faible. La corrélation permet donc d'identifier non seulement la direction de la relation entre les variables, mais aussi sa force (Fortin et Gagnon, 2010).

Ces techniques combinées offrent une analyse approfondie des relations entre les variables de cette étude, notamment en ce qui concerne la dispersion des réponses et les associations potentielles entre les concepts mesurés.

4.1.1 La détresse psychologique

Nous avons évalué la détresse psychologique des pharmaciens à l'aide de six énoncés de l'instrument de mesure de la détresse psychologique, et les résultats ont été agrégés sous forme d'une somme des points obtenus. La méthode de calcul recommandée par Vézina et IRSST (2011) a été utilisée pour attribuer des points et classifier les niveaux de détresse.

Les résultats sont présentés selon les niveaux de détresse psychologique suivants :

- Faible niveau de détresse psychologique (0 à 4 points),
- Niveau modéré de détresse psychologique (5 à 6 points),
- Niveau important de détresse psychologique (7 à 12 points),
- Niveau très important de détresse psychologique (13 à 24 points).

Les résultats statistiques montrant une moyenne de 8,434 et un écart type de 5,14 pour la détresse psychologique indiquent que, en moyenne, les pharmaciens de l'échantillon présentent un niveau de détresse psychologique important. L'écart type de 5,14 montre qu'il existe une dispersion modérée des scores autour de cette moyenne. En d'autres termes, bien que la plupart des pharmaciens se situent autour de cette valeur moyenne, certains ont des niveaux de détresse psychologique nettement plus bas ou plus élevés. Un écart type relativement élevé suggère qu'il y a une diversité significative dans les expériences de détresse psychologique au sein de notre échantillon. Les résultats présents dans le tableau 4.2 révèlent une prévalence préoccupante de la détresse psychologique

parmi les pharmaciens. Seuls 17,4 % d'entre eux présentent un faible niveau de détresse psychologique, ce qui suggère qu'une minorité de pharmaciens semble bien gérer les pressions et le stress de leur profession. 26,1 %, font face à une détresse modérée, tandis que 32,6 % des pharmaciens signalent un niveau important de détresse psychologique et 23,9% un niveau très important de détresse psychologique. Ces chiffres montrent que plus de la moitié des pharmaciens (56,5 %) vivent une détresse psychologique importante ou très importante.

Tableau 4.1 – Résultats d'analyse de la détresse psychologique

Niveaux	Points	Pourcentage
Faible niveau de détresse psychologique	0 à 4 points	17.4 %
Niveau modéré de détresse psychologique	5 à 6 points	26.1 %
Niveau important de détresse psychologique	7 à 12 points	32.6 %
Niveau très important de détresse psychologique	13 à 24 points	23.9 %

4.1.2 La consommation de substances psychoactives

Nous avons collecté des données sur la consommation de substances psychoactives au cours des 30 derniers jours. Les résultats montrent que 17% des pharmaciens ont consommé des tranquillisants, dont la majorité (75%) les a consommés une fois ou moins par semaine. Concernant les stimulants, 15% des pharmaciens ont déclaré en avoir consommé, avec une fréquence de plusieurs fois par semaine ou tous les jours. En résumé, 25,5% des pharmaciens ont consommé au moins un type de substance psychoactive (tranquillisants et/ou stimulants) au cours des 30 derniers jours.

Pour évaluer la consommation illicite de ces substances, nous avons également demandé aux pharmaciens s'ils avaient obtenu une prescription pour les substances psychoactives consommées. Parmi les pharmaciens ayant consommé des tranquillisants (17%, soit 8 pharmaciens), 12,5% (soit 1 pharmacien) ont déclaré les avoir obtenus sans prescription, de manière illicite. Concernant les stimulants, bien que 15% des pharmaciens en aient consommé, tous ont rapporté avoir une prescription valide.

Ces résultats posent une limite importante à l'analyse des hypothèses de recherche portant sur les liens entre les facteurs déterminants et la consommation illicite de substances psychoactives. Le très faible nombre de participants concernés (un seul pharmacien rapportant une consommation illicite)

empêche toute analyse statistique robuste et toute tentative de rééchantillonnage, tel que modifier l'échantillon initial, qui ne serait pas suffisamment fiable étant donné la taille restreinte de l'échantillon. En conséquence, il est impossible de dégager des tendances générales ou de tester nos hypothèses de manière concluante sur cet aspect précis de la consommation.

4.1.3 L'analyse des composantes principales

La demande psychologique

Trois variables concernent la demande psychologique : la demande quantitative, la demande qualitative et la demande émotionnelle. Le tableau suivant présente les principaux résultats descriptifs.

Tableau 4.2 - Statistiques descriptives de la demande psychologique

Variables	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Demande quantitative	3,48	0,92	1,67	5,00
Demande qualitative	3,22	0,59	2,14	4,57
Demande émotionnelle	2,11	0,73	1	4,67

** Échelle de mesure : 1) jamais ou presque jamais, 2) parfois, 3) souvent, 4) la plupart du temps, 5) presque toujours.

La demande quantitative présente une moyenne de 3,48 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique une perception située entre « souvent » et « la plupart du temps ». L'écart type de 0,92 suggère une dispersion modérée des réponses, reflétant des différences notables dans les perceptions individuelles. La demande quantitative, avec un minimum de 1,67 et un maximum de 5,00, couvre presque toute l'échelle de mesure, indiquant que certains pharmaciens y sont peu exposés, tandis que d'autres la ressentent de manière quasi constante.

La moyenne de 3,22 sur une échelle de 1 à 5 indique que les répondants se situent principalement dans la catégorie « souvent » pour la demande qualitative, ce qui signifie que la plupart des participants ont rapporté cette fréquence de manière régulière. L'écart type de 0,59 suggère une dispersion relativement faible des réponses, reflétant une certaine homogénéité dans les perceptions des participants. La demande qualitative, avec un minimum de 2,14, montre que tous les répondants l'ont jugée présente à un certain degré. Le maximum de 4,57, correspondant à la catégorie « la plupart du

temps » sur l'échelle des modalités, indique que, bien qu'élevée pour certains, elle n'atteint pas systématiquement ce niveau maximal pour tous les participants.

La demande émotionnelle présente une moyenne de 2,11 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants perçoivent un faible niveau de demande émotionnelle. L'écart type de 0,73 suggère une dispersion modérée des réponses, reflétant des variations notables dans les perceptions individuelles de la charge émotionnelle.

En conclusion, les résultats montrent une perception allant de « parfois » à « la plupart du temps » de la demande quantitative et qualitative, avec des variations dans les réponses des pharmaciens, suggérant des expériences de travail distinctes. La demande émotionnelle apparaît comme étant perçue de manière plus variable, certains pharmaciens n'y étant « jamais ou presque jamais » exposé, tandis que d'autres y sont « la plupart du temps ».

La latitude décisionnelle

Tableau 4.3 – Statistiques descriptives de la latitude décisionnelle

Variable	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Latitude décisionnelle	3,76	0,63	2	5

** Échelle de mesure : 1) jamais ou presque jamais, 2) parfois, 3) souvent, 4) la plupart du temps, 5) presque toujours.

Les résultats montrent une latitude décisionnelle plutôt élevée, avec une moyenne de 3,76 sur 5 soit une perception située entre « souvent » et « la plupart du temps ». L'écart-type de 0,63 indique une disposition modérée des réponses. Avec un minimum de 2 (« parfois ») et un maximum de 5 (« presque toujours »), les réponses varient considérablement.

Les croyances comportementales, normatives et morales

Tableau 4.4 - Statistiques descriptives des croyances comportementales, normatives et morales

Variables	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Croyances comportementales*	1,52	0,97	1	5
Croyances normatives*	1,10	0,34	1	3
Croyances morales**	1,53	1,02	1	5

* Échelle de mesure : 1) totalement en désaccord, 2) en désaccord, 3) neutre, 4) en accord, 5) totalement en accord. ** Échelle de mesure : 1) jamais ou presque jamais, 2) parfois, 3) souvent, 4) la plupart du temps, 5) presque toujours.

Les croyances comportementales présentent une moyenne de 1,52 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants sont globalement en désaccord avec ces croyances. L'écart type de 0,97 suggère une dispersion modérée à éléver des réponses, reflétant des divergences notables dans les perceptions individuelles. Avec un minimum de 1 et un maximum de 5, les réponses varient considérablement, bien que la majorité semble pencher vers une évaluation basse.

Les croyances normatives présentent une moyenne de 1,10 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants sont majoritairement totalement en désaccord. L'écart type de 0,34 suggère une faible dispersion des réponses, reflétant une homogénéité dans les perceptions individuelles. Avec un minimum de 1 et un maximum de 3, les réponses se concentrent principalement vers le bas de l'échelle, montrant peu de variation dans les opinions exprimées.

Les croyances morales présentent une moyenne de 1,53 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants se situent à la modalité « jamais ou presque jamais ». L'écart type de 1,02 suggère une dispersion relativement élevée des réponses, reflétant des variations importantes dans les perceptions individuelles. Avec un minimum de 1 et un maximum de 5, les réponses couvrent toute l'étendue de l'échelle, montrant des divergences notables dans les opinions exprimées.

Les croyances liées au contrôle : accès, risque, sanction et invincibilité.

Tableau 4.5 - Statistiques descriptives des croyances liées au contrôle : accès, risque, sanction et invincibilité

Variables	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Croyances liées au contrôle – Accès*	1,80	0,77	1	4,25
Croyances liées au contrôle – Risque**	4,34	0,89	2	5
Croyances liées au contrôle – Sanction**	4,62	0,86	1	5
Croyances liées au contrôle – Invincibilité*	1,28	0,55	1	3

* Échelle de mesure : 1) totalement en désaccord, 2) en désaccord, 3) neutre, 4) en accord, 5) totalement en accord. ** Échelle de mesure : 1) jamais ou presque jamais, 2) parfois, 3) souvent, 4) la plupart du temps, 5) presque toujours.

La moyenne de 1,80 indique que les répondants ont majoritairement tendance à être en désaccord avec les affirmations concernant les croyances liées au contrôle (accès). L'écart-type de 0,77 révèle une dispersion modérée des réponses, suggérant certaines variations dans les perceptions individuelles. Le minimum de 1 montre que certains participants sont totalement en désaccord, tandis que le maximum de 4,25 indique que quelques-uns se rapprochent de l'accord, bien que personne n'ait sélectionné « totalement en accord ».

La moyenne de 4,34 indique que les répondants ont des croyances liées au contrôle (risque) comme étant présentes « la plupart du temps ». L'écart-type de 0,89 montre une certaine variabilité dans les réponses, bien que la majorité tende vers les niveaux élevés de l'échelle. Le minimum de 2 suggère que certains répondants ont ces croyances « parfois », tandis que le maximum de 5 indique que d'autres les considèrent comme présentes « presque toujours ».

La moyenne de 4,62 indique que les répondants ont « la plupart du temps » ses croyances liées au contrôle (risque). L'écart-type de 0,86 montre une certaine dispersion des réponses, bien que la tendance générale soit élevée. Le minimum de 1 suggère que certains répondants estiment que ces croyances ne sont « jamais ou presque jamais » présentes, tandis que le maximum de 5 confirme que d'autres les perçoivent « presque toujours ».

La moyenne de 1,28 indique que les répondants sont « totalement en désaccord » avec les croyances liées au contrôle (risque). L'écart-type de 0,55 suggère que les réponses sont relativement homogènes,

bien qu'il existe encore des variations. Le minimum de 1 confirme que plusieurs participants sont « totalement en désaccord », tandis que le maximum de 3 montre que certains répondants adoptent une position neutre, mais aucune réponse ne dépasse cette échelle.

L'attitude, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu

Tableau 4.6 – Statistiques descriptives de l'attitude, des normes subjectives et du contrôle comportemental perçu

Variables	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes	1,07	0,25	1	2
Normes subjectives	1,10	0,34	1	3
Contrôle comportemental perçu – consommation illégale	2,12	1,09	1	5
Contrôle comportemental perçu – consommation sans dépendance	2,29	1,05	1	5

* Échelle de mesure : 1) totalement en désaccord, 2) en désaccord, 3) neutre, 4) en accord, 5) totalement en accord. ** Échelle de mesure : 1) jamais ou presque jamais, 2) parfois, 3) souvent, 4) la plupart du temps, 5) presque toujours.

L'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes présente une moyenne de 1,07 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants ont une attitude très négative envers cette pratique. L'écart type de 0,25 suggère une très faible dispersion des réponses, reflétant une grande homogénéité dans les perceptions. Avec un minimum de 1 et un maximum de 2, les réponses se concentrent presque exclusivement sur le bas de l'échelle, montrant une désapprobation générale et uniforme de la consommation illicite de psychotropes.

Les normes subjectives présentent une moyenne de 1,10 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants perçoivent une très faible pression sociale ou influence des pairs en faveur du comportement étudié. L'écart type de 0,34 suggère une faible dispersion des réponses, reflétant une certaine homogénéité dans les perceptions individuelles. Avec un minimum de 1 et un maximum de 3, les réponses restent concentrées vers le bas de l'échelle, indiquant peu de variation et une perception généralement uniforme des normes sociales.

Le contrôle comportemental perçu à l'égard de la consommation illégale présente une moyenne de 2,12 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants estiment avoir un contrôle faible à modéré sur ce comportement. L'écart type de 1,09 suggère une dispersion relativement élevée des réponses, reflétant des variations importantes dans les perceptions individuelles. Avec un minimum de 1 et un maximum de 5, les réponses couvrent toute l'échelle, indiquant que certains se sentent totalement en contrôle, tandis que d'autres estiment n'avoir que peu ou pas de contrôle sur leur consommation. Le contrôle comportemental perçu à l'égard de la consommation sans dépendance présente une moyenne de 2,29 sur une échelle de 1 à 5, ce qui indique que les répondants perçoivent un contrôle relativement faible à modéré sur ce type de comportement. L'écart type de 1,05 montre une dispersion assez importante des réponses, suggérant des divergences notables dans la perception du contrôle. Avec un minimum de 1 et un maximum de 5, les réponses varient considérablement, certains individus se sentant totalement en contrôle, tandis que d'autres estiment avoir très peu de maîtrise sur leur consommation sans dépendance.

4.1.4 L'analyse des corrélations entre les variables

Nous présentons ici deux tableaux dans lesquels figurent les corrélations entre les variables. Le premier tableau présente les corrélations entre les variables qui sont issues du modèle demande- contrôle. On constate que la seule variable qui ne présente pas de corrélation avec les autres variables est la latitude décisionnelle. Toutes les autres variables sont inter-correlées. Notons plus spécifiquement que les demandes (quantitative, qualitative, émotionnelle) sont corrélées significativement avec la détresse psychologique, laquelle présente une corrélation statistiquement significative avec la consommation de psychotropes (stimulants et tranquillisants). Ces premiers résultats vont dans le sens de nos hypothèses de recherche.

L'évaluation de la fiabilité des mesures montre que l'alpha de Cronbach est supérieur à la norme de 0,70 pour la plupart des variables, indiquant une bonne cohérence interne (Kline, 1998, p. 29), à l'exception de la demande qualitative ($\alpha = 0,6904$) qui reste toutefois acceptable. Un problème plus marqué concerne l'échelle de mesure de la consommation de psychotropes, dont l'alpha initial était très faible ($\alpha = 0,231$), ce qui s'explique par la nature hétérogène des substances évaluées. Après suppression de l'énoncé lié aux analgésiques narcotiques, l'alpha s'améliore légèrement ($\alpha = 0,308$)

mais demeure insatisfaisant, suggérant que la consommation de stimulants et de tranquillisants devrait être analysée séparément.

Tableau 4.7 - Corrélations entre les variables issues du modèle demande-contrôle

	Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Demande quantitative	0,875					
2.	Demande qualitative	0,550**	0,694				
3.	Demande émotionnelle	0,426**	0,404**	0,765			
4.	Latitude décisionnelle	-0,199	-0,017	-0,283	0,727		
5.	Détresse psychologique	0,611**	0,589**	0,386**	-0,079	0,888	
6.	Consommation de psychotropes (2 énoncés)	0,342*	0,401**	0,380**	-0,115	0,447**	0,308

Note : L'alpha de Cronbach calculé pour chacune des variables figure dans la diagonale.

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

Concernant les croyances de contrôle, l'alpha de Cronbach de 0,572 pour les croyances liées au contrôle de l'accès aux substances traduit une fiabilité interne relativement faible, même après avoir restreint l'analyse aux énoncés portant sur l'accessibilité par le billet de différents canaux (inventaire, collègues, amis, marché noir). Cette faible cohérence interne laisse penser que ces différentes modalités d'accès ne constituent pas une dimension homogène et devraient être traitées séparément. D'autre part, les croyances normatives, qui traduisent la perception de l'influence sociale sur la consommation, sont corrélées aux normes subjectives ($r = 0,299$, $p < 0,05$) et aux attitudes ($r = 0,418$, $p < 0,01$), confirmant l'idée que les pressions perçues de l'environnement influencent l'acceptation individuelle de la consommation. Enfin, le lien entre les croyances morales et le contrôle de l'accès ($r = 0,292$, $p < 0,05$) souligne que ceux qui perçoivent la consommation comme moralement répréhensible considèrent également plus difficile l'accès aux substances.

Les résultats des alphas de Cronbach dans le tableau 4.8 indiquent la cohérence interne des différentes variables mesurées. La détresse psychologique affiche un alpha élevé de 0,888, ce qui témoigne d'une excellente cohérence interne, suggérant que les énoncés mesurant cette variable sont très homogènes. De même, les croyances morales ($\alpha = 0,908$) et les attitudes ($\alpha = 0,918$) présentent également des alphas très élevés, indiquant une grande fiabilité dans la mesure de ces concepts. La consommation de substances psychoactives ($\alpha = 0,447$), en revanche, montre un alpha relativement faible, ce qui suggère une cohérence interne modeste. Les croyances comportementales ($\alpha = 0,798$) et les normes subjectives ($\alpha = 0,717$) présentent des alphas acceptables, mais qui laissent place à une certaine amélioration pour garantir une fiabilité optimale. Pour la croyance / contrôle / accès ($\alpha = 0,572$), l'alpha est modéré, indiquant également qu'une meilleure cohérence interne pourrait être obtenue. Les variables mesurant des concepts tels que le contrôle comportemental – consommation ($\alpha = 0,803$) et le contrôle comportemental – dépendance ($\alpha = 0,862$) ont des alphas relativement élevés, ce qui montre une bonne cohérence interne. Enfin, pour les dimensions mesurées par un seul énoncé, telles que croyance / contrôle / risque, croyance / contrôle / sanction, et croyance / contrôle / invincibilité, l'alpha de Cronbach ne peut pas être calculé, car il n'y a qu'un seul énoncé pour ces variables. En résumé, les résultats suggèrent que certaines variables mesurent de manière fiable leurs concepts, tandis que d'autres pourraient bénéficier d'ajustements pour améliorer leur cohérence interne.

Le tableau 4.8 présente les corrélations entre les variables issus de la théorie du comportement planifié. Il met en évidence plusieurs relations significatives. Tout d'abord, la détresse psychologique est positivement corrélée aux croyances morales ($r = 0,339$, $p < 0,05$). En revanche, la détresse psychologique ne semble pas directement associée à la perception du contrôle sur l'accès, le risque ou les sanctions liées à la consommation. Par ailleurs, la consommation de substances psychoactives est positivement corrélée aux attitudes ($r = 0,229$). Elle est également associée au contrôle comportemental perçu en lien avec la consommation ($r = 0,261$), indiquant que la perception de sa propre capacité à gérer cette consommation joue un rôle.

Tableau 4.8 - Corrélations entre les variables issues de la théorie du comportement planifié

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.	Détresse psychologique (6 énoncés)	0,888												
2.	Consommation de subst. Psychoactives (2 énoncés)	0,447**	0,308											
3.	Croyances comportementales (2 énoncés)	0,108	0,176	0,798										
4.	Croyances normatives (2 énoncés)	0,132	0,159	0,258	0,717									
5.	Croyances morales (2 énoncés)	0,339*	- 0,168	0,081	-0,090	0,908								
6.	Croyance / contrôle / accès (4énoncés)	-0,079	0,051	0,240	0,292*	0,292*	0,572							
7.	Croyance / contrôle / risque (1 énoncé)	-0,273	- 0,162	-0,139	0,007	-0,187	-0,217	S.o.						
8.	Croyance / contrôle / sanction (1 énoncé)	-0,014	0,011	-0,313*	-0,063	- 0,349*	0,091	0,458**	S.o.					
9.	Croyance / contrôle / invincibilité (1 énoncé)	-0,014	0,065	0,247	0,384**	-0,188	0,106	0,101	-0,120	S.o.				

10.	Normes subjectives (4 énoncés)	0,019	-0,049	0,377**	0,299*	0,165	0,088	0,196	-0,351*	0,141	0,717			
11.	Attitudes (2 énoncés)	0,81	0,229	0,655**	0,418**	0,140	0,174	0,130	-0,390*	0,160	0,597**	0,918		
12.	Contrôle comportemental – Consommation (3 énoncés)	0,042	0,261	0,08	0,261	-0,223	0,664**	-0,206	0,029	0,247	0,118	0,253	0,803	
13.	Contrôle comportemental – dépendance (2 énoncés)	-0,024	0,171	0,170	0,153	-0,214	0,140	0,181	-0,028	0,502**	0,097	0,208	0,314*	0,862

Note : L'alpha de Cronbach calculé pour chacune des variables figure dans la diagonale.

4.2 La vérification des hypothèses de recherche

Pour analyser nos résultats, nous avons utilisé la technique de régression linéaire multiple, qui permet de modéliser la relation entre plusieurs variables indépendantes et une variable dépendante, tout en évaluant l'impact combiné de ces variables sur la variable étudiée (Hair et al., 2006).

4.2.1 La technique de régression linéaire

La régression linéaire est une méthode statistique qui permet de déterminer dans quelle mesure la valeur d'une variable dépendante varie en fonction de la valeur d'une ou plusieurs variables indépendantes. Si on utilise une seule variable indépendante pour prédire la variable dépendante, on parle de régression simple. Lorsqu'on en utilise plusieurs, on parle de régression multiple (Hair et al., 2006). L'objectif est de prédire au mieux la variable dépendante en utilisant les informations disponibles sur les variables indépendantes et en réduisant l'écart entre les valeurs prédictes et les valeurs réelles (Fortin et Gagnon, 2016) ce qui signifie que le modèle estime les coefficients des variables indépendantes pour qu'ils représentent le plus possible les valeurs réelles, en minimisant les erreurs de prédiction.

Pour chaque variable indépendante, la régression permet d'estimer un coefficient de régression qui représentera sa relation avec la variable dépendante. Ce coefficient estimé représente la variation de la valeur de la variable dépendante lorsque la variable indépendante varie d'une unité (Hair et al., 2006).

Le coefficient de détermination (R^2) mesure à quel point l'équation de régression explique la variabilité de la variable dépendante. Un R^2 élevé signifie que le modèle prédit bien la variable dépendante, tandis qu'un R^2 faible indique que d'autres facteurs non pris en compte influencent cette variabilité (Fortin et Gagnon, 2016).

L'équation de régression comprend une constante appelée ordonnée à l'origine, qui est la valeur de la variable dépendante lorsque toutes les variables indépendantes sont nulles. Sur un graphique, cette constante correspond au point où la droite de régression coupe l'axe vertical (Hair et al., 2006).

La taille de l'échantillon joue aussi un rôle dans la fiabilité des conclusions : un petit échantillon est adapté si la relation entre les variables est forte, alors qu'un très grand échantillon peut rendre significatives des relations faibles en pratique. Il est recommandé d'avoir au moins cinq observations par variable indépendante, mais un ratio entre 15:1 et 20:1 est idéal pour garantir des résultats solides. Dans notre étude, nous avons 10 variables indépendantes et 49 répondants, soit un ratio de 4,9:1. Ce ratio est bien en dessous des recommandations de Hair et al. (2006), qui suggèrent un minimum de 15:1 pour obtenir des résultats plus fiables.

4.2.2 Les résultats

Les résultats de l'analyse de régression du tableau 4.9 nous montrent que les coefficients estimés pour la demande quantitative ($\beta = 0,312$, $p \leq 0,05$) et la demande qualitative ($\beta = 0,310$, $p \leq 0,05$) sont positifs et statistiquement significatifs, indiquant une relation directe entre ces variables et la détresse psychologique. **Nous acceptons donc l'hypothèse H1.**

Il est aussi observé que le coefficient estimé pour la demande émotionnelle est positif ($\beta = 0,139$, $p = 0,230$), mais cette relation n'est pas statistiquement significative. Ces résultats suggèrent que, dans le contexte étudié, la demande émotionnelle n'a pas l'impact attendu sur la détresse psychologique des pharmaciens. **Nous rejetons donc H2.**

La troisième hypothèse (H3) anticipait une relation négative entre la latitude décisionnelle et la détresse psychologique. Cependant, les résultats obtenus ($\beta = 0,134$, $p = 0,204$) montrent que cette

relation n'est pas significative. Par conséquent, nous rejetons l'hypothèse H3. **Nous rejetons donc l'hypothèse H3.**

Tableau 4.9 - Résultats de la régression multiple pour la détresse psychologique

Variables	b	SE de b	β
Constante	-1,477	,886	
Variables socio-démographiques			
Sexe (femme)	,615**	,183	,348
Groupe d'âge	,134	,158	,156
Ancienneté	-,232*	,091	-,46
Variables indépendantes			
Demande quantitative	,293*	,114	,312
Demande qualitative	,450*	,178	,310
Demande émotionnelle	,164	,134	,139
Latitude décisionnelle	,184	,143	,134

NOTE : * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$. b= coefficient de régression non standardisé; SE de b : erreur standard; β = coefficients de régression standardisés.. Variable dépendante : détresse psychologique. F=9,900 ; p=001, $R^2=0,64$.

La quatrième hypothèse (H4) postulait qu'il existe une relation positive entre la détresse psychologique et la consommation de psychotropes (tranquillisants et stimulants), que cette consommation soit licite ou illicite. Les résultats obtenus ($\beta = 0,467$, $p \leq 0,01$) confirment cette hypothèse, avec un coefficient positif et statistiquement significatif. **Nous acceptons donc l'hypothèse H4.**

Tableau 4.10 - Résultats de la régression multiple pour la consommation de psychotropes

Variables	b	SE de b	β
Constante	,113	1,314	
Variables socio-démographiques			
Sexe (femme)	,060	,521	,017
Groupe d'âge	,244	,442	,146
Ancienneté	-,045	,266	-,047
Variables indépendantes			
Détresse psychologique	,911**	,310	,467

NOTE : * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$. b= coefficient de régression non standardisé ; SE de b : erreur standard ; β = coefficients de régression standardisés. Variable dépendante : Consommation de psychotropes (tranquillisants et stimulants). F=92,812 ; p=037, $R^2=0,211$.

La cinquième hypothèse (H5) postulait que le niveau de détresse psychologique exerce une influence positive sur les croyances comportementales, suggérant que plus un pharmacien présente un niveau élevé de détresse psychologique, plus il ressent le besoin d'améliorer son état de santé et adopte une attitude positive à l'égard de la consommation illicite de médicaments d'ordonnance. Cependant, les résultats obtenus (tableau 4.10) pour cette hypothèse ($\beta = 0,028$, $p = 0,867$) ne sont pas statistiquement significatifs, ce qui conduit au rejet de l'hypothèse H5. Ces résultats suggèrent que la détresse psychologique ne semble pas être un facteur déterminant influençant les croyances comportementales des pharmaciens concernant la consommation illicite de médicaments. **Nous rejetons donc l'hypothèse H5.**

Tableau 4.11 - Résultats de la régression multiple pour les croyances comportementales

Variables	b	SE de b	β
Constante	,394	,790	
Variables socio-démographiques			
Sexe (femme)	,451	,313	,227
Groupe d'âge	,615	,265	,639
Ancienneté	-,305	,160	-,551
Variables indépendantes			
Détresse psychologique	,032	,187	,028

NOTE : * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$. b= coefficient de régression non standardisé ; SE de b : erreur standard ; β = coefficients de régression standardisés. Variable dépendante : Croyances comportementales ; $F=1,693$; $p=0,170$, $R^2=0,139$.

Les résultats de l'analyse de régression multiple (tableau 4.11) indiquent qu'aucune des variables socio-démographiques, telles que le sexe, le groupe d'âge ou d'ancienneté, n'a montré d'effet significatif sur l'attitude. Le modèle global est significatif ($F = 8,363$, $p < 0,001$) et explique 44,3 % de la variance de l'attitude. Les résultats confirment l'hypothèse H6, qui prévoyait que les croyances comportementales exercent une influence positive sur l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes. En effet, le coefficient estimé pour les croyances comportementales ($\beta = 0,683$, $p \leq 0,001$) est positif et statistiquement significatif, ce qui indique que plus les croyances sont favorables, plus l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes est positive. **Nous acceptons donc l'hypothèse H6.**

Tableau 4.12 - Résultats de la régression multiple pour l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes

Variables	b	SE de b	β
Constante	,771	,145	
Variables socio-démographiques			
Sexe (femme)	,014	,064	,027
Groupe d'âge	-,049	,059	-,194
Ancienneté	,030	,033	,204
Variables indépendantes			
Croyances comportementales	,180***	,033	,683

NOTE : * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$. b= coefficient de régression non standardisé ; SE de b : erreur standard ; β = coefficients de régression standardisés. Variable dépendante : Attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes. F=8,363 ; p=000, R²=0,443.

L'hypothèse H7 (tableau 4.13), qui anticipe que les croyances normatives influencent positivement les normes subjectives concernant la consommation illicite de psychotropes, trouve un soutien empirique. En effet, le coefficient estimé pour les croyances normatives ($\beta = 0,317$, $p \leq 0,05$) indique une relation positive et significative. **Nous acceptons donc l'hypothèse H7.**

En revanche, les croyances morales n'ont pas d'effet significatif sur les normes subjectives ($\beta = 0,130$, $p > 0,05$), ce qui invalide l'hypothèse H8. Ce résultat va à l'encontre de certaines théories qui suggèrent que des croyances fortes sur l'inacceptabilité morale de comportements déviants pourraient limiter la normalisation de la consommation illicite. **Nous rejetons donc H8.**

Tableau 4.13 - Résultats de la régression multiple pour les normes subjectives

Variables	b	SE de b	β
Constante	-,276	,542	
Variables socio-démographiques			
Sexe (femme)	,352	,189	,272
Groupe d'âge	,110	,170	,170
Ancienneté	,018	,099	,047
Variables indépendantes			
Croyances normatives	,587*	,266	,317
Croyances morales	,082	,092	,130

NOTE : * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$. b= coefficient de régression non standardisé ; SE de b : erreur standard ; β = coefficients de régression standardisés. Variable dépendante : Normes subjectives. F=2,301 ; p=0,053, R²=0,228.

Les hypothèses H9 à H12 examinent l'influence des croyances liées au contrôle sur le contrôle comportemental perçu concernant la consommation illicite de psychotropes. Ce dernier fait référence à la perception d'un individu quant à sa capacité à réaliser avec succès un comportement, ici la consommation illicite de substances psychoactives. Dans le cas présent, le contrôle comportemental perçu concerne la capacité du pharmacien à poser un geste illégal sans se faire prendre et sans devenir dépendant. Le contrôle comportemental perçu présente ainsi deux dimensions : 1) la facilité avec laquelle le pharmacien est capable de se procurer et de consommer des substances illicites avec succès (librement, impunément) 2) la facilité avec laquelle le pharmacien est capable de consommer des substances illicites sans devenir dépendant (en étant en mesure de contrôler sa consommation et d'arrêter de consommer au moment désiré). Pour vérifier les hypothèses H9 à H12, nous avons effectué deux régressions multiples. La première hypothèse anticipe une relation entre les croyances liées au contrôle et la première dimension du contrôle comportemental perçu, c'est-à-dire la capacité de se procurer des substances illicites (accès). La deuxième régression mobilise la deuxième dimension, à savoir, le contrôle sur sa propre consommation (dépendance). Les résultats sont présentés au tableau 4.15 suivant.

Tableau 4.14 - Résultats de la régression multiple pour le contrôle comportemental perçu :

l'opportunité et la dépendance

	Contrôle comportemental perçu lié à la consommation illicite de psychotrope « opportunité »			Contrôle comportemental perçu lié à la consommation illicite de psychotrope « dépendance »		
Variables	b	SE de b	β	b	SE de b	β
Constante	2,501	1,381		-1,171	1,457	
Variables socio-démographiques						
Sexe (femme)	-,384	,273	-,172	,522	,294	,266
Groupe d'âge	-,048	,269	-,042	,225	,295	,229
Ancienneté	,015	,151	,023	-,170	,167	-,304
Variables indépendantes						
Croyances : facilité d'accès	,936***	,180	0,612	,256	,190	,194
Croyances : risque	-,306*	,143	-,248	,239	,153	,226
Croyances : sanction	-,098	,147	-,080	,005	,155	,005
Croyances : invincibilité	,354	,220	,186	,871***	,231	,537

NOTE : * p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, *** p ≤ 0.001. b= coefficient de régression non standardisé ; SE de b :

erreur standard ; β = coefficients de régression standardisés. Régression 1 : Variable dépendante : «

opportunité » ; $F=7,354$; $p=0,001$, $R^2=0,624$. Régression 2 : Variable dépendante : « dépendance » ; $F=3,594$; $p=0,001$, $R^2=0,465$. Régression

Les résultats montrent que la croyance selon laquelle il serait facile de se procurer des psychotropes est significativement liée à la perception des pharmaciens qu'ils pourraient consommer illicitelement ces substances s'ils le désiraient ($\beta = 0,612$; $p \leq 0,001$). **Nous acceptons donc partiellement H9.**

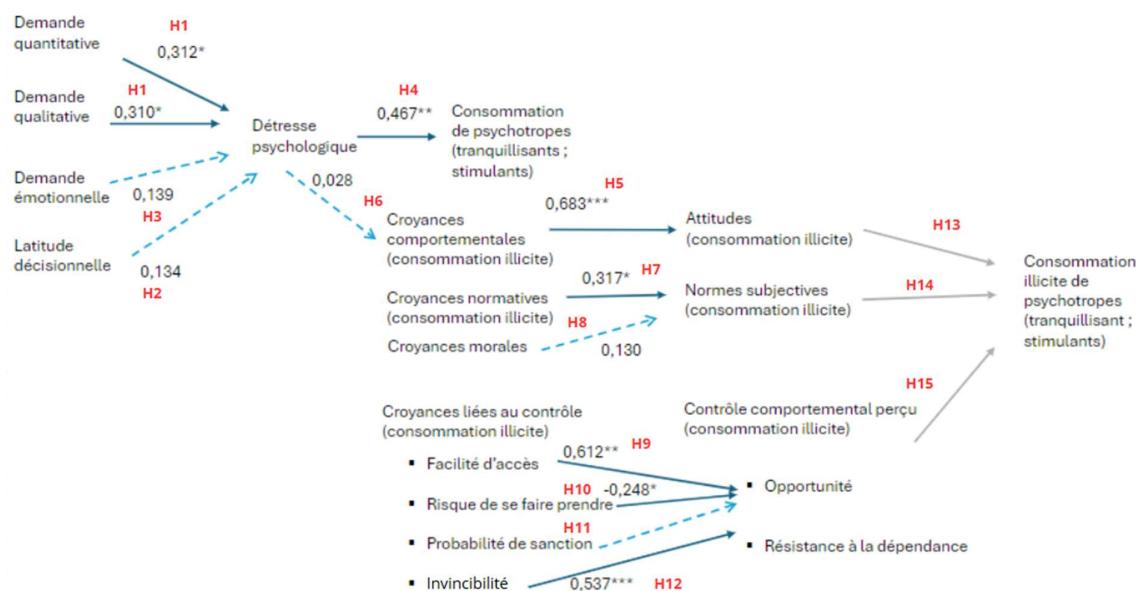
L'analyse de la première régression montre que le risque perçu d'être pris en train de consommer illicitelement des substances psychoactives est significativement associé à une diminution de la perception de la capacité des pharmaciens à réaliser ce comportement ($\beta = -0,248$; $p \leq 0,05$). Autrement dit, plus les pharmaciens perçoivent le risque d'être pris comme élevé, moins ils estiment qu'ils seraient capables de consommer illicitelement s'ils le désiraient. **Nous acceptons donc partiellement H10.**

Les résultats du tableau 4.14 démontrent que la probabilité d'être sanctionné n'a pas d'impact significatif sur la perception des pharmaciens quant à leur capacité à consommer illicitelement des substances psychoactives, tant en ce qui concerne l'opportunité ($\beta = -0,080$; $p = 0,509$) que la dépendance ($\beta = 0,005$; $p = 0,974$). Autrement dit, la perception de la probabilité d'être sanctionné, qu'elle soit faible ou élevée, ne modifie pas la perception des pharmaciens de leur capacité à se procurer et à consommer des substances de manière illicite tout en contrôlant leur comportement. Ces résultats suggèrent que les facteurs de sanction, comme la perception du risque de conséquences légales ou disciplinaires, ne semblent pas constituer un frein substantiel à la consommation illicite de médicaments dans ce contexte. **Nous acceptons donc partiellement H11.**

Finalement, les résultats du tableau 4.14 démontrent que la perception d'invincibilité pharmaceutique n'est pas statistiquement significative par rapport à la première dimension du contrôle comportemental perçu, à savoir l'opportunité de consommer des substances psychoactives illicitelement ($\beta = 0,186$; $p = 0,119$). Toutefois, une relation positive et significative a été observée entre la perception d'invincibilité pharmaceutique et la capacité perçue à consommer des psychotropes illicites sans devenir dépendant, c'est-à-dire la dépendance ($\beta = 0,537$; $p \leq 0,001$). Cela suggère que plus les pharmaciens croient que leurs connaissances les protègent de la dépendance, plus ils sont susceptibles de percevoir qu'ils peuvent consommer des substances psychoactives illicites sans en perdre le contrôle. Cette perception d'invincibilité semble donc renforcer la conviction qu'ils peuvent gérer leur consommation sans développer une dépendance. **Nous acceptons donc partiellement l'hypothèse H12.**

En somme, les résultats de l'analyse de régression (tableau 4.15) permettant de vérifier le lien entre les croyances liées au contrôle et les deux dimensions du contrôle comportemental perçu (opportunité et dépendance) lié à la consommation illicite de psychotropes présentent des résultats différenciés. Les croyances concernant la facilité de se procurer des médicaments d'ordonnance et le risque de se faire attraper en flagrant délit contribuent à influencer la perception des pharmaciens quant à leur capacité à consommer des substances illicites. En revanche, le sentiment d'invincibilité pharmaceutique agit sur la perception des pharmaciens quant à leur capacité à consommer des substances illicites sans devenir dépendant.

Il nous est impossible de vérifier de façon empirique les hypothèses 13, 14 et 15 en raison de la taille limitée de l'échantillon et de la faible proportion de réponses obtenues concernant la consommation illicite de psychotropes. En effet, très peu de pharmaciens ont déclaré consommer des psychotropes, et parmi ceux qui le font, une proportion encore plus réduite a admis une consommation illicite. Cela limite la possibilité de tester l'hypothèse 13, qui postule que l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes exerce une influence positive sur cette consommation. De même, l'hypothèse 14, qui suppose que les normes subjectives concernant la consommation illicite de psychotropes influencent positivement cette consommation, et l'hypothèse 15, selon laquelle la perception de contrôle comportemental concernant la consommation illicite de psychotropes exerce une influence positive sur cette consommation, ne peuvent être testées de manière adéquate avec les données disponibles. Ces hypothèses sont donc théoriquement valides, mais l'insuffisance des données empêche leur vérification empirique dans cette étude.



NOTE : flèches en pointillé = résultats statistiquement non significatifs ; flèches grises = hypothèses non vérifiées.

Figure 4.1 - Modèle d'analyse

4.2.3 La discussion des résultats

Cette recherche visait à déterminer dans quelle mesure les facteurs psychosociaux, l'attitude envers la consommation illicite de substances psychoactives, les normes sociales et la perception de contrôle influencent la consommation illicite de ces substances chez les pharmaciens. En mobilisant le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) et la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991), l'étude porte un regard sur les motivations à l'origine de cette consommation, notamment en mettant en évidence le rôle des stratégies d'adaptation, des pressions sociales et de la perception de contrôle. L'importance de cette recherche est renforcée par l'évolution des responsabilités des pharmaciens, exacerbées par la pandémie de COVID-19, qui a intensifié leur charge de travail et leur stress, augmentant ainsi leur exposition à des comportements de consommation problématique. Contrairement à d'autres professionnels de la santé, les pharmaciens bénéficient d'un accès direct aux médicaments, ce qui accentue les risques liés à la consommation de substances psychoactives. Cette étude visait à combler une lacune dans la littérature en offrant une compréhension approfondie des mécanismes sous-jacents à ces comportements, et en aidant à développer des interventions ciblées pour soutenir cette profession essentielle dans un contexte de travail de plus en plus exigeant.

Dans cette étude, deux cadres théoriques ont été mobilisés pour analyser les comportements de consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens : la Théorie du Comportement Planifié (TCP) d'Ajzen (1991) et le Modèle Demande-Contrôle de Karasek (1979). La TCP explore les mécanismes cognitifs et sociaux, en s'intéressant aux intentions de comportement, influencées par les attitudes, les normes subjectives et la perception de contrôle. Cette théorie aide à comprendre comment les croyances des pharmaciens sur leur capacité à gérer ou éviter la consommation de substances influencent leurs décisions. Parallèlement, le Modèle Demande-Contrôle de Karasek met en lumière l'impact des exigences professionnelles et du contrôle sur la santé mentale et les comportements, notamment en montrant comment un stress accru dans l'environnement de travail peut conduire à des comportements de consommation problématique. En combinant ces deux perspectives, l'étude visait à offrir une vision globale des facteurs individuels et organisationnels influençant la consommation illicite de substances chez les pharmaciens.

Cela a donné lieu à la formulation de 15 hypothèses de recherche dont quatre ont été acceptées, quatre ont été refusées, quatre ont été partiellement acceptées et trois n'ont pas pu être vérifiés.

Retour sur les hypothèses

Les résultats obtenus pour les hypothèses formulées dans cette étude offrent un éclairage pertinent quant à leur conformité avec le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) et la Théorie du Comportement Planifié d'Ajzen (1991).

Nos résultats confirment que la demande quantitative et qualitative (H1) exerce une influence positive sur la détresse psychologique, validant ainsi le modèle de Karasek (1979) dans un contexte professionnel où il n'avait pas été appliqué. Cela rejoint les travaux de Frone (2004), qui suggère que la consommation de substances, souvent motivée par une tension psychologique liée à une demande professionnelle élevée, peut être une forme d'adaptation au stress au travail.

En revanche, la latitude décisionnelle (H2) ne s'est pas avérée un facteur explicatif de la détresse psychologique contrairement à ce qui a pu être étudié auparavant (de Lange et al., 2003 ; Harvey et al., 2017 ; Häusser et al., 2010). Les pharmaciens ont rapporté une latitude décisionnelle relativement élevée (moyenne = 3,76), et la variabilité des réponses est faible (écart-type = 0,63), ce qui pourrait expliquer l'absence d'effet.

L'hypothèse 3, qui prévoyait un lien entre la demande émotionnelle et la détresse psychologique, n'a pas été soutenue. Cela pourrait s'expliquer par le faible niveau de demande émotionnelle rapporté par les pharmaciens (moyenne = 2,11), couplé à une variabilité limitée des réponses (écart-type = 0,73), rendant plus difficile la mise en évidence d'un effet statistiquement significatif. De plus, la taille réduite de l'échantillon ($N=47$) limite la puissance statistique des analyses. Ces résultats vont à l'encontre des études concernant la demande émotionnelle au travail (conflit avec les clients ou collègues, discrimination, intimidation, etc.) (Johnston et al., 2021 ; Chavez et al., 2015 ; Nielsen et al., 2018).

En revanche, les résultats soutiennent l'hypothèse H4, montrant une relation positive significative entre la détresse psychologique et la consommation de substances psychoactives. Ces résultats s'alignent avec le modèle de Karasek, selon lequel une tension psychologique prolongée, peut entraîner des problèmes de santé mentale et inciter à adopter des comportements d'adaptation, comme la consommation de substances pour réduire le stress et maintenir une performance professionnelle. Cela trouve également écho dans les travaux de Frone (2008) qui confirme l'existence d'une corrélation entre le stress au travail et la consommation de substances illicites. De leur côté,

Schantz et Bruk-Lee (2016) ont mis en évidence un lien direct entre les conflits au travail et l'usage de substances.

Concernant la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1991), les résultats obtenus sont plus nuancés. L'hypothèse H5, postulant que la détresse psychologique influencerait les croyances comportementales à l'égard de la consommation illicite de substances, n'a pas été confirmée. Il est possible que d'autres facteurs, comme le besoin de relaxation ou d'alerte, jouent un rôle plus déterminant dans la formation de ces croyances, mais ils n'ont pas été examinés dans le cadre de cette étude.

Les résultats confirment que les croyances comportementales influencent positivement l'attitude à l'égard de la consommation illicite de psychotropes (H6), et que les croyances normatives influencent les normes subjectives (H7). Toutefois, les croyances morales ne se sont pas avérées liées aux normes subjectives (H8), ce qui pourrait s'expliquer par la prédominance des attentes perçues des autres (croyances normatives) sur les convictions personnelles dans la TCP. Il est aussi possible que la faible proportion de participants ayant rapporté une pratique religieuse limite l'impact des croyances morales dans ce contexte, comme le soulignent Kenna et Wood (2004) dans leur étude sur l'influence des croyances religieuses et morales sur les comportements de consommation.

Les hypothèses portant sur le contrôle comportemental perçu (H9 à H12) ont été partiellement confirmées. La facilité d'accès aux psychotropes (H9) renforce la perception d'opportunité de consommation, mais n'affecte pas la capacité perçue à contrôler la dépendance. Ceci corrobore les observations de Kenna et Wood (2004) et Merlo et al. (2014), qui indiquent que l'accès facilité aux médicaments dans le milieu professionnel est un facteur clé de la consommation illicite chez les pharmaciens. La probabilité de se faire prendre (H10) diminue la perception de pouvoir consommer sans risque, sans influer sur la maîtrise de la dépendance. En revanche, l'hypothèse H11, selon laquelle la probabilité d'être sanctionné réduirait le contrôle comportemental perçu, n'a pas été soutenue, ce qui est contraire aux conclusions de Trinkoff et al., (1999), qui suggèrent que l'impact des sanctions est souvent perçu comme décourageant. Enfin, la perception d'invincibilité pharmaceutique (H12) a été partiellement validée, influençant positivement la croyance des pharmaciens en leur capacité à éviter la dépendance. Cela confirme les travaux de Kenna et Lewis (2008) qui ont identifié ce sentiment d'invincibilité comme un facteur de risque majeur pour les pharmaciens, les amenant à sous-estimer leur vulnérabilité à la dépendance.

Consommation illicite de substances psychoactives chez les pharmaciens

Les résultats de notre étude indiquent que 25,5 % des pharmaciens interrogés ont consommé des substances psychoactives au cours des 30 derniers jours. De ces pharmaciens, 3,18 % ont mentionné que cette consommation était illicite, c'est-à-dire sans prescription. Ces prévalences semblent inférieures à celles rapportées dans la littérature. Par exemple, Dabney (2001) a mis en évidence que 40 % des pharmaciens avaient déjà consommé illicitement des médicaments d'ordonnance au cours de leur vie, tandis que Kenna et Wood (2004) ont trouvé que 24,8 % des pharmaciens avaient abusé d'opiacés au moins une fois. Cette différence de prévalence peut s'expliquer par plusieurs facteurs méthodologiques et contextuels.

Premièrement, bien que notre étude ait été réalisée de manière anonyme à l'aide d'un questionnaire auto-administré en ligne, garantissant ainsi l'anonymat des réponses, la nature sensible et illégale du comportement étudié pourrait avoir incité certains participants à ne pas dévoiler leur consommation. Ce biais de désirabilité sociale est fréquent dans les études sur la consommation de substances illicites (Merlo et al., 2014). En dépit des précautions prises, notamment des garanties d'anonymat similaires à celles utilisées dans les études de Kenna et Wood (2004), il est possible que la crainte de répercussions professionnelles ou l'auto-stigmatisation (avoir des préjugés négatifs et les nous les associer) ait influencé les réponses des participants.

Deuxièmement, la taille de notre échantillon (47 participants) est relativement limitée, ce qui soulève des questions sur la représentativité des résultats obtenus. Une taille d'échantillon réduite peut limiter la précision des estimations (les résultats obtenus sont moins stables) et accroître le risque d'erreur d'échantillonnage (non généralisable à la population), rendant difficile la généralisation des conclusions à l'ensemble des pharmaciens. D'autres études ayant des échantillons plus importants ont trouvé des taux plus élevés de consommation illicite (Dabney et Hollinger, 1999), suggérant que notre échantillon pourrait sous-estimer le phénomène.

Troisièmement, les différences culturelles et réglementaires peuvent jouer un rôle dans ces variations. Les conditions d'accès aux substances psychoactives, les normes professionnelles et la perception du risque associé à leur usage illicite varient selon les contextes et les pays étudiés. Par exemple, la crainte d'être découvert en train de consommer ou de voler des médicaments peut avoir un effet dissuasif (Trinkoff et al., 1999). À l'inverse, une culture d'entreprise plus permissive peut réduire cette perception du risque (Tiu et al., 2019).

Par ailleurs, nos résultats confirment l'influence de la détresse psychologique sur la consommation de substances psychoactives. Nous avons trouvé une relation positive et significative entre ces deux variables. Ce résultat corrobore les conclusions de Frone (2008) qui confirme l'existence d'une corrélation entre le stress au travail, qui peut entraîner une détresse psychologique, et la consommation de substances. Par ailleurs, une étude sur le lien entre la détresse psychologique et la consommation de psychotropes a révélé une association, bien que faible, entre ces deux éléments (Marchand et al., 2012b). De leur côté, Schantz et Burk-Lee (2016) ont mis en évidence un lien direct entre les conflits au travail, susceptibles de provoquer une détresse psychologique, et la consommation de substances.

En revanche, contrairement à ce qu'anticipait notre hypothèse de recherche, la détresse psychologique ne semble pas avoir un effet significatif sur les croyances comportementales concernant la consommation illicite, ce qui va à l'encontre des résultats d'Armitage et al., (1999) qui suggèrent que les croyances comportementales influencent la consommation de substance chez les étudiants universitaires.

Enfin, nos résultats mettent en évidence que la croyance en la facilité d'accès aux substances psychoactives est un facteur influençant la perception du contrôle comportemental sur la consommation illicite, ce qui rejoint les conclusions de Soroush et al., (2018).

CONCLUSION

Cette recherche visait à explorer la consommation illicite de médicaments d'ordonnance chez les pharmaciens québécois, un sujet encore peu documenté malgré son importance pour la santé publique et la profession pharmaceutique. L'étude s'est inscrite dans une démarche visant à comprendre comment les facteurs psychosociaux, les demandes psychologiques qualitatives et quantitatives et les perceptions individuelles influencent ces comportements.

Ce mémoire s'est appuyé sur une approche quantitative afin d'analyser ce phénomène à partir d'un échantillon comprenant 47 pharmaciens exerçant au Québec. À l'aide d'un questionnaire auto-

administré, les participants ont fourni des informations sur leurs conditions de travail leurs attitudes à l'égard de la consommation de substances psychoactives. Les données ont été traitées à l'aide d'analyses statistiques, notamment des corrélations et des régressions linéaires multiples, afin d'identifier les relations significatives entre ces variables.

Les résultats ont mis en lumière plusieurs tendances. Tout d'abord, la demande psychologique qualitative et quantitative et la détresse psychologique apparaissent comme des facteurs déterminants dans la consommation de substances. Plus les exigences professionnelles sont élevées et la perception de contrôle limitée, plus le risque de consommation illicite semble accru. Par ailleurs, les croyances et perceptions des pharmaciens à l'égard de leur propre capacité à gérer leur consommation jouent un rôle important, renforçant parfois un sentiment d'« invincibilité pharmaceutique » qui peut atténuer la perception des risques associés.

Sur le plan théorique, cette étude s'est appuyée sur deux modèles complémentaires : le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) et la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991). Le premier a permis d'analyser l'influence de l'organisation du travail sur le stress et ses conséquences sur la santé psychologique et la consommation de psychotropes, tandis que le second a éclairé les processus cognitifs et sociaux sous-jacents aux décisions de consommation. La combinaison de ces approches a offert une vision intégrée des dimensions organisationnelles et psychologiques du phénomène.

La méthodologie adoptée a permis d'obtenir des résultats pertinents, bien que certaines limites doivent être soulignées. Le faible taux de participation peut restreindre la généralisation des conclusions à l'ensemble des pharmaciens québécois. De plus, la nature déclarative des données recueillies peut engendrer un biais lié à la désirabilité sociale. Malgré ces contraintes, cette recherche apporte une contribution significative en documentant un phénomène encore peu exploré et en mettant en lumière les facteurs qui influencent la consommation illicite de médicaments d'ordonnance dans cette profession.

Contribution théorique

D'un point de vue théorique, cette étude apporte une contribution originale à la littérature en enrichissant la compréhension de la consommation de substances psychoactives dans le secteur de la santé, en mettant spécifiquement l'accent sur une profession encore sous-étudiée, celle des pharmaciens. Contrairement aux recherches antérieures qui se sont majoritairement concentrées sur

les médecins et les infirmières, cette étude met en lumière les dynamiques propres aux pharmaciens, notamment l'accès direct aux médicaments et la perception d'invincibilité pharmaceutique. Elle démontre que la combinaison de détresse psychologique, la perception d'un contrôle comportemental faible, et la pression sociale peuvent conduire à la consommation illicite de substances. En mobilisant à la fois le modèle demande-contrôle de Karasek et la théorie du comportement planifié d'Ajzen, cette recherche met en lumière le rôle complexe des facteurs organisationnels et psychosociaux dans la consommation de substances. Plus spécifiquement, elle souligne que la détresse psychologique résultant d'une forte demande de travail peut être un déclencheur majeur de comportements déviants, comme l'automédication illicite chez les pharmaciens. Ces dynamiques n'avaient pas été suffisamment explorées dans la littérature antérieure, et cette étude permet de comprendre comment elles exacerbent la détresse psychologique, menant à des comportements problématiques. Enfin, cette étude met en lumière des éléments nouveaux, tels que la perception de contrôle et les normes sociales spécifiques à cette profession, qui influencent la consommation de substances. Elle apporte ainsi des éclairages inédits sur l'application de la théorie de Ajzen et du modèle de Karasek aux pharmaciens, souvent négligée dans la littérature existante. Cette étude contribue aussi à comprendre les comportements d'automédication, en montrant que la perception d'expertise et la confiance excessive des pharmaciens dans leur capacité à gérer les médicaments peuvent favoriser ces comportements. Ces dynamiques étaient jusque-là insuffisamment explorées dans la recherche.

Contribution pratique

Sur le plan pratique, les résultats de cette étude offrent des pistes pour améliorer la gestion des risques de consommation de substances psychoactives dans les milieux pharmaceutiques en se concentrant sur les variables significatives de la théorie du comportement planifié. L'identification des sources de stress, telles que la demande psychologique quantitative et qualitative, met en lumière la nécessité de mettre en place des actions concrètes pour réduire ces sources de stress, telles que la révision de la charge de travail des pharmaciens et la mise en œuvre de mécanismes de soutien adaptés. Ces actions permettraient de mieux gérer la pression liée à l'activité professionnelle et de réduire l'impact de cette pression sur la santé mentale des pharmaciens.

De plus, il serait important de renforcer le contrôle de l'inventaire des médicaments en établissant des mécanismes de contrôle plus stricts et en mettant en place des programmes de dépistage de drogues réguliers pour identifier rapidement les cas à risque. Un programme de prévention spécifique pourrait se concentrer sur la sensibilisation à l'automédication, en mettant en place des formations dédiées aux pharmaciens sur les risques de dépendance associés aux médicaments d'ordonnance. Ce

programme pourrait aussi inclure des stratégies de gestion du stress, telles que des ateliers sur la relaxation et la régulation émotionnelle, et sur la manière de réagir face à des situations de pression intense.

La formation continue est également importante. En effet, les pharmaciens devraient être formés en permanence aux risques psychosociaux liés à leur profession et aux conseils pratiques pour éviter l'automédication. Des modules de formation sur la gestion des prescriptions, ainsi que sur les risques associés à l'utilisation illicite de substances psychoactives, devraient être intégrés dans leur programme de formation continue. Ces formations permettraient d'accroître leur sensibilisation aux risques et de renforcer leur perception du contrôle, selon la théorie du comportement planifié.

Enfin, la mise en place de réseaux de soutien entre pharmaciens pourrait constituer un axe essentiel pour aider à gérer la pression professionnelle. Ces réseaux permettraient le partage d'expériences et de stratégies pour mieux faire face à la charge de travail et au stress, et contribueraient ainsi à une meilleure santé mentale dans la profession. Une culture organisationnelle fondée sur l'entraide et la reconnaissance de l'importance du soutien psychologique pourrait être favorisée par des actions concrètes comme des groupes de parole réguliers ou des référents de bien-être. Cela permettrait de réduire la stigmatisation associée à la recherche d'aide, en encourageant un environnement de travail plus sain et plus solidaire, en ligne avec la théorie du comportement planifié, qui met l'accent sur l'importance des normes sociales et des ressources disponibles pour changer le comportement des individus.

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites importantes qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Tout d'abord, le faible taux de réponse constitue une des principales limites méthodologiques. En effet, un faible taux de participation peut entraîner un biais d'échantillonnage, ce qui compromet la représentativité de l'échantillon et, par conséquent, la généralisation des résultats (Dillman, Smyth & Christian, 2014). En effet, les non-répondants pourraient avoir des caractéristiques distinctes de ceux ayant répondu, ce qui peut fausser les conclusions.

De plus, la méthode de collecte de données utilisée dans cette étude, à savoir le questionnaire auto-administré en ligne, présente plusieurs limites. Bien qu'il garantisse l'anonymat des répondants, ce mode de collecte est souvent associé à un taux de réponse plus faible que les méthodes traditionnelles.

La répartition démographique des participants, notamment une majorité de femmes et un âge médian de 35 à 44 ans, pourrait ne pas être représentative de l'ensemble des pharmaciens du Québec, introduisant ainsi un biais de sélection dans l'échantillon. Cela soulève également la question de la faible puissance statistique, qui pourrait limiter la capacité de l'étude à détecter des relations significatives entre les variables. De plus, il est important de prendre en compte le contexte de la consommation illicite de substances, où la crainte des répercussions professionnelles et juridiques pousse certains participants à ne pas répondre ou à sous-déclarer leur consommation (Kenna & Wood, 2005). Cette sous-déclaration, lié à la désirabilité sociale, particulièrement dans le cadre de comportements sensibles, est bien documentée dans la littérature et peut affecter la fiabilité des réponses (Wynn, 2000). En conséquence, il est probable que la prévalence réelle de la consommation de substances psychoactives chez les pharmaciens soit sous-estimée.

Enfin, bien que les méthodes statistiques utilisées aient permis de tester plusieurs hypothèses, elles ne tiennent pas toujours compte de la complexité des interactions entre les variables psychosociales et comportementales. La consommation de substances est influencée par des facteurs psychologiques, sociaux et comportementaux qui interagissent de manière complexe, et les méthodes statistiques employées n'ont pas permis d'appréhender cette complexité. La taille de l'échantillon ne permettait pas d'effectuer des analyses plus avancées, comme les modèles de médiation ou les analyses multivariées, qui auraient permis de mieux comprendre ces dynamiques. De plus, il convient de noter que certaines hypothèses importantes concernant la consommation illicite de substances n'ont pas pu être testées dans cette étude, ce qui constitue une limitation majeure, car l'objectif principal de l'étude était précisément d'explorer ces comportements.

Pistes de recherches futures

Les résultats de cette étude soulèvent plusieurs pistes intéressantes pour de futures recherches, notamment en ce qui concerne la consommation illicite de psychotropes chez les pharmaciens. Tout d'abord, il serait pertinent de tester les hypothèses qui n'ont pas obtenu de soutien empirique dans notre étude, notamment celles concernant l'influence de la détresse psychologique sur les croyances comportementales liées à la consommation illicite de médicaments d'ordonnance (H5) et l'impact de la latitude décisionnelle sur la détresse psychologique (H2). Une avenue de recherche intéressante

consisterait à tester le modèle d'analyse sur des échantillons de pharmaciens plus larges, notamment ceux travaillant dans divers environnements (pharmacies communautaires, hôpitaux, etc.) et dans différents types de structures de santé. Cette approche permettrait de mieux généraliser les résultats à l'ensemble des pharmaciens, en tenant compte des spécificités des contextes dans lesquels ces professionnels exercent.

Une autre direction de recherche importante serait d'examiner les interactions complexes entre les différentes variables étudiées dans ce modèle. Par exemple, la demande psychologique du travail en pharmacie, combinée à la perception de contrôle et aux croyances comportementales, pourrait interagir pour influencer la consommation illicite de substances. Une étude plus approfondie des interactions entre ces facteurs permettrait de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents.

Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer les différences entre les pharmaciens en fonction de leurs spécialités (par exemple, pharmaciens communautaires versus pharmaciens hospitaliers) et les types de clientèle qu'ils desservent (par exemple, populations défavorisées). Ces facteurs peuvent jouer un rôle déterminant dans la manière dont les pharmaciens perçoivent et gèrent la consommation illicite de psychotropes.

Enfin, les résultats de cette étude suggèrent que la détresse psychologique et la demande émotionnelle liée au travail des pharmaciens ont des implications importantes pour leur bien-être. Il serait intéressant de réaliser des études supplémentaires sur l'organisation du travail des pharmaciens, en se concentrant sur des aspects comme l'autonomie, les responsabilités et la compétence, afin de mieux comprendre leur relation avec le stress et la détresse psychologique. Ces recherches pourraient fournir des recommandations pratiques pour améliorer les conditions de travail et prévenir les risques de consommation de substances psychoactives.

En résumé, les recherches futures devraient viser à tester les hypothèses non vérifiées, élargir l'échantillon pour permettre une généralisation des résultats, et explorer les interactions complexes entre les différentes variables. Ces pistes ouvrent la voie à une meilleure compréhension des facteurs qui influencent la consommation illicite de psychotropes chez les pharmaciens et des stratégies potentielles pour atténuer ce phénomène.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*.
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Presses de l'Université du Québec.
- Akvardar, Y., Demiral, Y., Ergor, G., et Ergor, A. (2004). Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 502–506. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0765-1>
- American Psychiatric Association. (2024). *Addiction and substance use disorders*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction-substance-use-disorders>

- Ames, G. M., et Grube, J. W. (1999). Alcohol availability and workplace drinking: Mixed method analyses. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(3), 383–393.
- Armitage, C. J., Conner, M., Loach, J., et Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: Applying an extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(4), 301–316.
- Anceaux, F., et Sockeel, P. (2006). Mise en place d'une méthodologie expérimentale : Hypothèses et variables. *Recherche En Soins Infirmiers*, 84(1), 66. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0066>
- Assemblée nationale du Québec. (n.d.). *Projet de loi no 67, Loi sur la santé mentale*. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-67-43-1.html>
- Association des pharmaciens du Canada. (2024). *Champ d'exercice des pharmaciens*. <https://www.pharmacists.ca/representation/champ-exercice/>
- Association des pharmaciens du Canada (2024). *Pharmacien au Canada*. <https://www.pharmacists.ca/la-pharmacie-au-canada/pharmacien-au-canada/?lang=fr>
- Baldacchino, A., Steele, D., Davey, F., et Tolomeo, S. (2020). Cognitive consequences of opioid use. In *Cognition and addiction: A researcher's guide from mechanisms towards interventions* (pp. 179–198). Academic Press.
- Beehr, T. A., Walsh, J. T., et Taber, T. D. (1976). Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator. *The Journal of Applied Psychology*, 61(7), 41–47.
- Ben Amar, M. (Éd.). (2014). *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Montréal, Québec, Canada : Centre québécois de lutte aux dépendances.
- Bhatia, S., Simpson, S. H., et Bungard, T. (2017). Provincial comparison of pharmacist prescribing in Canada using Alberta's model as the reference point. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 70(5), 349–357.
- Braekman, E., Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Berete, F., Gisle, L., Tafforeau, J., Van der Heyden, J., et Van Hal, G. (2019). Mixing mixed-mode designs in a national health interview survey: A pilot study to assess the impact on the self-administered questionnaire non-response. *BMC Medical Research Methodology*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0860-3>
- Bryman, A., et Bell, E. (2007). *Business research methods* (2e éd.). Oxford University Press.
- Bültmann, U., Kant, I., Kasl, S. V., Beurskens, A. J. H. M., et van den Brandt, P. A. (2002). Fatigue and psychological distress in the working population: Psychometrics, prevalence, and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(6), 445–452. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00228-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00228-8)
- Bureau du vérificateur général du Canada. (2007). *Méthodologie des vérifications* (Rapport de vérification). https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/meth_gde_f_19735.html

- Cadogan, C. A., et Hughes, C. M. (2021). On the frontline against COVID-19: Community pharmacists' contribution during a public health crisis. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 17(1), 2032–2035. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.015>
- Campbell, B. M., Knipp, M. A., Anwar, S. S., & Hoopsick, R. A. (2024). Moral injury and substance use among United States healthcare workers. *Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 40(3), e3321. <https://doi.org/10.1002/smi.3321>
- Canadian Pharmacists Association. (2010). Pharmacist regulator in Quebec develops proposals to bring prescribing authority more in line with other jurisdictions. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des pharmaciens du Canada*, 143(3), 120. <https://doi.org/10.3821/1913-701X- 143.3.120>
- Cares, A., Pace, E., Denious, J., et Crane, L. A. (2015). Substance use and mental illness among nurses: Workplace warning signs and barriers to seeking assistance. *Substance Abuse*, 36(1), 59–66. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.933725>
- Chavez, L. J., Ornelas, I. J., Lyles, C. R., et Williams, E. C. (2015). Racial/ethnic workplace discrimination: Association with tobacco and alcohol use. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(1), 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.08.013>
- Conner, M., et McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *The British Journal of Social Psychology*, 38(Pt 2), 195–222.
- Conner, M., Sandberg, T., McMillan, B., et Higgins, A. (2006). Role of anticipated regret, intentions and intention stability in adolescent smoking initiation. *British Journal of Health Psychology*, 11(1), 85–101. <https://doi.org/10.1348/135910705X40997>
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., et Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer* (2e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cooke, R., Sniehotta, F., et Schüz, B. (2007). Predicting binge-drinking behaviour using an extended TPB: Examining the impact of anticipated regret and descriptive norms. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 42(2), 84–91.
- Dabney, D. A. (2001). Onset of illegal use of mind-altering or potentially addictive prescription drugs among pharmacists. *Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington, D.C.: 1996)*, 41(3), 392–400.
- Dabney, D. A., et Hollinger, R. C. (1999). Illicit prescription drug use among pharmacists: Evidence of a paradox of familiarity. *Work and Occupations*, 26(1), 77–106. <https://doi.org/10.1177/0730888499026001005>
- de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., et Bongers, P. M. (2003). "The very best of the millennium": Longitudinal research and the demand-control-(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(4), 282–305.
- Deslauriers, J.-P. (2001). Les éléments d'un devis de recherche. *Recherche En Soins Infirmiers*, 64(1), 28–35. <https://doi.org/10.3917/rsi.064.0028>
- DeWall, C.N., Pond, R.S., Carter, E. C., McCullough, M. E., Lambert, N. M., Fincham, F. D., et Nezleck, J. B. (2014). Explaining the relationship between religiousness and substance use: Self-control

- matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(2), 339–351. <https://doi.org/10.1037/a0036853>
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4e éd.). Wiley. <http://site.ebrary.com/id/10906610>
- Drapeau, A., Marchand, A., et Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. In *InTech*. <https://doi.org/10.5772/30872>
- Elbeddini, A., Prabaharan, T., Almasalkhi, S., et Tran, C. (2020a). Pharmacists and COVID-19. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40545-020-00241-3>
- Elbeddini, A., Wen, C. X., Tayefehchamani, Y., et To, A. (2020b). Mental health issues impacting pharmacists during COVID-19. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40545-020-00252-0>
- Epstein, P. M., Burns, C., et Conlon, H. A. (2010). Substance abuse among registered nurses. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 58(12), 513–516.
- Fernandez, L., Aulagnier, M., Bonnet, A., Guinard, A., Pedinielli, J. L., et Préau, M. (2005). Module VI – Outils psychométriques. Dans P. Verger et al. (Dir.), *Démarches épidémiologiques après une catastrophe : Anticiper les catastrophes : Enjeux de santé publique, connaissances, outils et méthodes* (p. 65). Paris : La documentation française.
- Fishbein, M., et Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Fisher, G. L., et Roget, N. A. (2009). *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery*. SAGE.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière Éducation.
- Fowler, F. J. (1993). *Survey research methods*. Sage Publications.
- Frone, M. R. (2004). Alcohol, drugs, and workplace safety outcomes: A view from a general model of employee substance use and productivity. In *The psychology of workplace safety* (pp. 127–156). <https://doi.org/10.1037/10662-007>
- Frone, M. R. (2008). Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. *The Journal of Applied Psychology*, 93(1), 199–206. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.199>
- Frone, M. R. (2019). Employee psychoactive substance involvement: Historical context, key findings, and future directions. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 6(1), 273–297. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012218-015231>
- Gallucci, A., Martin, R., Beaujean, A., et Usdan, S. (2015). An examination of the misuse of prescription stimulants among college students using the theory of planned behavior. *Psychology, Health and Medicine*, 20(2), 217–226. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.913800>
- Garavan, H., et Stout, J. C. (2005). Neurocognitive insights into substance abuse. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(4), 195–201.

- Gauthier, B. (2008). *Recherche sociale* (5e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, B. (2010). La structure de la preuve. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données* (5e éd., p. 169–198). Presses de l'Université du Québec.
- Gnambs, T., & Kaspar, K. (2015). Disclosure of sensitive behaviors across self-administered survey modes: A meta-analysis. *Behavior Research Methods*, 47(4), 1237–1259. <https://doi.org/10.3758/s13428-014-0533-4>
- Gülpınar, G., Keleş, Ş., et Yalım, N. Y. (2021). Perspectives of community pharmacists on conscientious objection to provide pharmacy services: A theory informed qualitative study. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(4), 373–381.e1. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2021.03.014>
- Hair, J.F., Black, B., Babin, B. Anderson, R.E et Tatham, R.L. (2006). Multivariate data analysis (6e éd.).Upper Saddle River, N.J: Pearson Prentice Hall.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., et Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301–310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., et Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24(1), 1–35. <https://doi.org/10.1080/02678371003683747>
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York, NY: Guilford Press.
- Hughes, P. H., Storr, C. L., Brandenburg, N. A., Baldwin, D. C. Jr., Anthony, J. C., et Sheehan, D. V. (1999). Physician substance use by medical specialty. *Journal of Addictive Diseases*, 18(2), 23–37. https://doi.org/10.1300/J069v18n02_03
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Consommation de médicaments*. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/consommation-de-medicaments>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Détresse psychologique*. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/detresse-psychologique>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Questionnaire sur la détresse psychologique*. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/detresse-psychologique>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *Risques psychosociaux du travail*. <https://www.inspq.qc.ca/risques-psychosociaux-du-travail-et-promotion-de-la-sante-des-travailleurs/risques-psychosociaux-du-travail>

- Jalilian, F., Mirzaei-Alavijeh, M., Ahmadpanah, M., Mostafaei, S., Kargar, M., Pirouzeh, R., Sadeghi Bahmani, D., et Brand, S. (2020). Extension of the theory of planned behavior (TPB) to predict patterns of marijuana use among young Iranian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1981. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061981>
- Johannessen, H. A., Tynes, T., et Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: A 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(6), 605–613. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182917899>
- Johnston, K., O'Reilly, C. L., Scholz, B., Georgousopoulou, E. N., et Mitchell, I. (2021). Burnout and the challenges facing pharmacists during COVID-19: Results of a national survey. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(3), 716–725. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01268-5>
- Judson, R., et Langdon, S. (2009). Illicit use of prescription stimulants among college students: Prescription status, motives, theory of planned behaviour, knowledge and self-diagnostic tendencies. *Psychology, Health and Medicine*, 14(1), 97–104. <https://doi.org/10.1080/13548500802126723>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., et Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322–355.
- Karrer, M., Buttet, P., Vincent, I., et Ferron, C. (2004). Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées. *Santé Publique*, 16(3), 471. <https://doi.org/10.3917/spub.043.0471>
- Kenna, G. A., et Lewis, D. C. (2008). Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3, 3. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-3-3>
- Kenna, G. A., et Wood, M. D. (2004). Substance use by pharmacy and nursing practitioners and students in a northeastern state. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61(9), 921–930.
- Kenna, G. A., et Wood, M. D. (2005). Family history of alcohol and drug use in healthcare professionals. *Journal of Substance Use*, 10(4), 225–238. <https://doi.org/10.1080/1465989041233151946>
- Kenna, G. A., et Wood, M. D. (2008). In search of pharmacological optimism: Investigating beliefs about effects of drugs: A pilot study. *Addiction Research & Theory*, 16(4), 383–399. <https://doi.org/10.1080/16066350701799005>
- Kline, P. (1998). Scientific measurement in psychometrics and measurement in the natural sciences. In *The new psychometrics: Science, psychology, and psychometrics* (pp. 25–50). Routledge.
- Krejcie, R. V., et Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607–610. <http://dx.doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Law, M. R., Ma, T., Fisher, J., et Sketris, I. S. (2012). Independent pharmacist prescribing in Canada. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*, 145(1), 17–23. <https://doi.org/10.3821/1913-701X-145.1.17>
- Lee, R. M., et Liu, H.-T. T. (2001). Coping with intergenerational family conflict: Comparison of Asian American, Hispanic, and European American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 410–419. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.410>
- Lequeurre, J., Gillet, N., Ragot, C., et Fouquereau, E. (2013). Validation of a French questionnaire to measure job demands and resources. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 26(4), 93.
- Luchman, J. N., et González-Morales, M. G. (2013). Demands, control, and support: A meta-analytic review of work characteristics interrelationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), 37–52. <https://doi.org/10.1037/a0030541>
- Marchand, A., Drapeau, A., et Beaulieu-Prévost, D. (2012a). Psychological distress in Canada: The role of employment and reasons of non-employment. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 596–604. <https://doi.org/10.1177/0020764011418404>
- Marchand, A., Parent-Lamarche, A., et Blanc, M.-E. (2012b). Travail, détresse psychologique et médicaments psychotropes: Une analyse des données de l'ESCC 2.1. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 31(1), 45–65. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2012-0005>
- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: Methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411–423. <https://doi.org/10.1177/104973200129118426>
- McAuliffe, W. E., Rohman, M., Fishman, P., Friedman, R., Wechsler, H., Soboroff, S. H., et Toth, D. (1984). Psychoactive drug use by young and future physicians. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(1), 34–54.
- McMillan, B., et Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health and Medicine*, 8(3), 317–328. <https://doi.org/10.1080/1354850031000135759>
- Merlo, L. J., Cummings, S. M., et Cottler, L. B. (2014). Prescription drug diversion among substance-impaired pharmacists. *The American Journal on Addictions*, 23(2), 123–128. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12078.x>
- Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi & Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail : Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières Synthèses, (22.1), 1–18. Dares.
- Mirowsky, J., et Ross, C. E. (2003). *Social causes of psychological distress*. New York, NY: Transaction Publishers.
- Mynatt, S. (1996). A model of contributing risk factors to chemical dependency in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*, 34(7).
- Nielsen, M. B., Gjerstad, J., et Frone, M. (2018). Alcohol use among Norwegian workers: Associations with health and well-being. *Occupational Medicine*, 68(2), 96–98. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy014>

- Ordre des pharmaciens du Québec. (2023, 11 septembre). *Le seuil de 10 000 pharmaciens maintenant atteint au Québec.* <https://www.opq.org/presse/le-seuil-de-10-000-pharmaciens-maintenant-atteint-au-quebec/>
- Ordre des pharmaciens du Québec. (2024). *Pharmacien communautaire.* <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/pharmacien-communautaire/>
- Ordre des pharmaciens du Québec. (2024). *Pharmacien en établissement de santé.* <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/pharmacien-en-etablissement-de-sante/>
- Ordre des pharmaciens du Québec. (2024). *Pharmacien en GMF.* <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/pharmacien-en-gmf/>
- Ordre des pharmaciens du Québec. (2024). *Pharmacien non traditionnel.* <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/pharmacien-non-traditionnel/>
- Ordre des pharmaciens du Québec. (2024). *Rôle du pharmacien.* <https://www.opq.org/protection-du-public/votre-pharmacien-et-vous/role-du-pharmacien/>
- Ordre des pharmaciens du Québec. (2024). *Un élargissement du rôle des pharmaciennes au bénéfice du public.* <https://www.opq.org/press-release/un-elargissement-du-role-des-pharmaciennes-au-benefice-du-public/>
- Parks, K. A., Frone, M. R., et Muraven, M. (2020). The role of past and current medical use on nonmedical use of prescription drugs among college students: Exploring same-drug and cross-drug class associations. *Substance Use & Misuse*, 55(11), 1759–1764. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1762651>
- Park, D., et Minnick, D. (2023). Workplace context to prevent substance misuse in the United States: Associations between workplace policies and employee substance use disorders. *Journal of Drug Issues*. <https://doi.org/10.1177/00220426231152913>
- Paulhus, DL (2002). Réaction socialement désirable : l'évolution d'un concept. Dans H. Braun, DN Jackson et DE Wiley (dir.), *Le rôle des concepts dans les mesures psychologiques et éducatives.* (pp . 67 – 88). Erlbaum.
- Pearson, J. G. (2007). Evolution in the practice of pharmacy – not a revolution! *Canadian Medical Association*, 176(9), 1295–1296.
- Pezaro, S., Maher, K., Bailey, E., et Pearce, G. (2021). Problematic substance use: An assessment of workplace implications in midwifery. *Occupational Medicine*, 71(9), 460–466. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab127>
- Pineles, L. L., et Parente, R. (2013). Using the theory of planned behavior to predict self-medication with over-the-counter analgesics. *Journal of Health Psychology*, 18(12), 1540–1549. <https://doi.org/10.1177/1359105312465912>
- Pidd, K., Kostadinov, V., et Roche, A. (2016). Do workplace policies work? An examination of the relationship between alcohol and other drug policies and workers' substance use.

- International Journal of Drug Policy*, 28, 48–54.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.08.017>
- Plouffe, R. A., Nazarov, A., Forchuk, C. A., Gargala, D., Deda, E., Le, T., Bourret-Gheysen, J., Jackson, B., Soares, V., Hosseiny, F., Smith, P., Roth, M., MacDougall, A. G., Marlborough, M., Jetly, R., Heber, A., Albuquerque, J., Lanius, R., Balderson, K., et al. (2021). Impacts of morally distressing experiences on the mental health of Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1984667>
- Polles, A. G., Williams, M. K., Phalin, B. R., Teitelbaum, S., et Merlo, L. J. (2020). Neuropsychological impairment associated with substance use by physicians. *Journal of the Neurological Sciences*, 411, 116714. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116714>
- Ramadan, B. (2022). Knowledge and attitude of medical students toward self-medication. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 28(2), e83–e91.
<https://doi.org/10.47750/jptcp.2022.862>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536– 545.
- Robinson, S. L., et Bennett, R. J. (1997). Workplace deviance: Its definition, its manifestations, and its causes. In R. J. Lewicki, R. J. Bies, & B. H. Sheppard (Eds.), *Research on negotiation in organizations* (Vol. 6, pp. 3–27). Elsevier Science/JAI Press.
- Rohrbaugh, J., et Jessor, R. (1975). Religiosity in youth: A personal control against deviant behavior. *Journal of Personality*, 43(1), 136–155.
- Royer, I., et Zarlowski, P. (2014). Échantillon(s). Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (pp. 219–260). Dunod.
- Schantz, A. D., et Bruk-Lee, V. (2016). Workplace social stressors, drug-alcohol-tobacco use, and coping strategies. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 31(4), 222–241.
<https://doi.org/10.1080/15555240.2016.1213638>
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. (n.d.). *Norme sur la protection de la vie privée dans le cadre de l'analyse web : Foire aux questions*. Gouvernement du Canada.
<https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/acces-information-protection-reseignements-personnels/protection-renseignement-personnels/norme-protection-vie-privee-web-analytique-foire-questions.html>
- Sekaran, U. (2003). Research design. Dans *Research methods for business: A skill-building approach* (4e éd.). John Wiley & Sons.
- Sideridis, G. D. (2006). Coping is not an 'either' 'or': The interaction of coping strategies in regulating affect, arousal and performance. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(5), 315–327. <https://doi.org/10.1002/smj.1114>
- Sniewotta, F. F., Presseau, J., & Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2013.869710>

- Sorge, J. T., Young, M., Maloney-Hall, B., Sherk, A., Kent, P., Zhao, J., Stockwell, T., Perlova, K., Macdonald, S., et Ferguson, B. (2020). Estimation of the impacts of substance use on workplace productivity: A hybrid human capital and prevalence-based approach applied to Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111(2), 202–211. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00271-8>
- Soroush, A., Abdi, A., Andayeshgar, B., Vahdat, A., et Khatony, A. (2018). Exploring the perceived factors that affect self-medication among nursing students: A qualitative study. *BMC Nursing*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0302-2>
- Stansfeld, S., et Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health: A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462.
- Statistique Canada. (2009, 21 janvier). *Enquête sur la population active, décembre 2008*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/090121/dq090121b-fra.htm>
- Statistique Canada. (2012a). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Santé mentale (2012). Extrait du module « Consommation de médicaments (MED) »* (pp. 163-164). Repéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5105_Q1_V3-fra.pdf
- Statistique Canada. (2012b). *Canadian Community Health Survey (CCHS) – Mental health. Extrait du module « Medication Use (MED) »* (pp. 156-157). Repéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5105_Q1_V3-eng.pdf
- Statistique Canada. (2001). *Évaluation de la qualité des données – Biais de non-réponse et biais de sélection dans les enquêtes auprès des ménages (No 11-522-X)*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-522-x/2001001/session12/6269-fra.pdf?st=tYCfUedS>
- Stauner, N., Exline, J. J., Kusina, J. R., et Pargament, K. I. (2019). Religious and spiritual struggles, religiousness, and alcohol problems among undergraduates. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 47(3), 243–258. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1603678>
- Steinberg, R. J., et Figart, D. M. (1999). Emotional labor since *The Managed Heart*. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561, 8–26. <http://www.jstor.org/stable/1049278>
- Stone, A. L., et Elbers-Carlisle, S. K. (2020). Workplace racial discrimination, negative emotions based on treatment due to race, and substance use. *Substance Use & Misuse*, 55(12), 1925–1934. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1781178>
- Tiu, R. B., Teng-Calleja, M., Hechanova, M. R. M., et Go, J. F. C. (2019). A social cognitive approach to understanding employee substance use: An example from the Philippines. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 34(4), 300–319. <https://doi.org/10.1080/15555240.2019.1646658>
- Trinkoff, A. M., Storr, C. L., et Wall, M. P. (1999). Prescription-type drug misuse and workplace access among nurses. *Journal of Addictive Diseases*, 18(1), 9–17.
- Trinkoff, A. M., Yoon, J. M., Selby, V. L., Storr, C. L., Edwin, H. S., et Baek, H. (2021). Registered nurses' awareness of workplace signs, actions, and interventions for nurses with substance use disorder. *Journal of Nursing Regulation*, 12(3), 20–29. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(21\)00113-7](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(21)00113-7)

- Umeh, K., et Patel, R. (2004). Theory of planned behaviour and ecstasy use: An analysis of moderator-interactions. *British Journal of Health Psychology*, 9(1), 25–38. <https://doi.org/10.1348/135910704322778704>
- Vallerand, R. J., et Hess, U. (Dir.). (1997). *Méthodes de recherche en psychologie* (pp. 57–90). Gaëtan Morin Éditeur.
- Van Selm, M., et Jankowski, N. W. (2006). Conducting online surveys. *Quality and Quantity: International Journal of Methodology*, 40(3), 435–456. <https://doi.org/10.1007/s11135-005-8081-8>
- Vézina, M., et IRSST (Québec). (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTSST): Sommaire*. IRSST. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2069276>
- Witkiewitz, K., McCallion, E., et Kirouac, M. (2016). Religious affiliation and spiritual practices: An examination of the role of spirituality in alcohol use and alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 55–58.
- Worthington, E. L., Wade, N. G., Hight, T. L., Ripley, J. S., McCullough, M. E., Berry, J. W., Schmitt, M. M., Berry, J. T., Bursley, K. H., et O'Connor, L. (2003). The Religious Commitment Inventory–10: Development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 84–96. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.84>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., et Fischbach, A. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands: The role of personal resources. *Journal of Personnel Psychology*, 12(2), 74–84. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000085>
- Zhou, M., Desborough, J., Parkinson, A., Douglas, K., McDonald, D., et Boom, K. (2019). Barriers to pharmacist prescribing: A scoping review comparing the UK, New Zealand, Canadian, and Australian experiences. *International Journal of Pharmacy Practice*, 27(6), 479–489. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12557>
- Zolait, A. H. S. (2014). The nature and components of perceived behavioural control as an element of the theory of planned behaviour. *Behaviour and Information Technology*, 33(1), 65–85. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2011.630419>