

La formation des intervenants en toxicomanie : un projet du ministère de la santé et des services sociaux

Louise Nadeau

Volume 11, Number 2, November 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030359ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030359ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Nadeau, L. (1986). La formation des intervenants en toxicomanie : un projet du ministère de la santé et des services sociaux. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 193–197. <https://doi.org/10.7202/030359ar>

LA FORMATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE: UN PROJET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au printemps 1985, le Service de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux de la Province de Québec, conjointement avec le Service de la condition féminine et le Service de toxicomanie du même ministère, a décidé d'organiser des sessions de formation sur les femmes et les psychotropes. Cette formation visait à exposer la situation des femmes, qui présentent des troubles liés aux psychotropes, à tous les intervenants du système public québécois chargés de la dispensation des services de prévention et de réadaptation en toxicomanie. *Il s'agissait d'organiser neuf sessions d'une durée de deux jours qui auraient lieu dans les régions administratives du Québec.*

CONTENU

La première tâche — et certes la plus déterminante — consistait dans le choix du contenu. Ce travail fut confié à une équipe de trois personnes com-

prenant deux cliniciennes spécialisées dans l'intervention auprès des femmes ayant des troubles liés aux substances toxiques, et Louise Nadeau qui poursuit un travail de recherche sur les femmes et l'alcool. Cette équipe devait soumettre des propositions aux fonctionnaires représentant les trois paliers gouvernementaux impliqués dans ce dossier, et à un comité regroupant des collègues responsables à divers niveaux dans la communauté québécoise des problèmes liés à l'usage et à l'abus des psychotropes.

Pour le contenu, le ministère souhaitait un équilibre entre deux types d'information: l'usage et l'abus de psychotropes d'une part et les stratégies préventives et curatives d'autre part. De plus, en raison de l'hétérogénéité de la population visée, il a été jugé nécessaire d'insérer une introduction aux connaissances de base dans ce champ, telle la classification des psychotropes ou la présentation du *Diagnostic Statistical Manual* (DSM III) (APA,

1980). Ensuite, il est apparu opportun de faire un exposé sur les habitudes de consommation des psychotropes chez les femmes, incluant le tabac.

En matière de prévention, le choix de la trousse *C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs* — version révisée en 1982 de *It's just your nerves* — s'est immédiatement imposé. Disponible gratuitement à travers le Québec dans sa version française ou anglaise, ce programme est fort élaboré et comprend un document audiovisuel, des panneaux-conférence et un guide d'accompagnement qui contient, outre la présentation de la trousse, des articles scientifiques et des histoires de cas multi-ethniques. De plus, ce programme de prévention a fait l'objet d'une évaluation (Mercier, 1983). Enfin, un bulletin de mise à jour sur ce programme est publié régulièrement par Santé et Bien-être social Canada.

Au niveau clinique, on a fait référence au DSM III parce que ce manuel présente les critères diagnostiques qui sont actuellement les plus en usage et l'évaluation multi-axiale proposé par ce manuel se révèle une grille d'évaluation féconde.

Pour le volet de l'intervention, le choix s'est porté sur la relation mère-enfant. Cette proposition a suscité des interrogations: la maternité comme institution n'a-t-elle pas servi à définir les femmes d'une manière réductionniste (Rich, 1976)? Malgré l'ambiguïté de ce choix, que nous avons dû expliquer, on a jugé que la relation mère-enfant constitue pour les femmes en difficulté une situation exemplaire qui résume bien le noeud social et psychique dans lequel elles se trouvent. Souvent seules pour s'occuper et subvenir aux besoins de leurs enfants, les femmes qui ont des troubles liés aux psychotropes se sentent à la fois responsables et dépassées par la situation. C'est à elles, et non au père de l'enfant que sont imputés les problèmes que peuvent rencontrer leur progéniture — et elles s'en sentent elle-mêmes responsables. La chronicité des problèmes avec les enfants risque d'hypothéquer leur vie. On peut, à la rigueur placer des enfants dont on ne peut s'occuper mais il est plus difficile pour une majorité de femmes de les oublier. Tel n'est pas toujours le cas de leurs homologues masculins. À chaque nouvelle crise, à chaque nouvelle altercation, les femmes se retrouvent dans une situation de vulnérabilité où elles risquent de faire des rechutes. À la stigmatisation associée à l'alcoolisme féminin s'ajoute donc la charge de responsabilité des enfants qui est portée par la mère en tant que mère. De plus, certaines femmes qui abusent de psychotropes négligent leurs enfants, d'une négligence qui va parfois jusqu'à la violence — et cela, il faut bien le dire

et l'aborder dans le cadre d'une intervention thérapeutique.

Le devis qui fut accepté par le Comité aviseur comprenait les thèmes suivants:

- la classification des psychotropes
- le contexte socio-économique dans lequel évoluent les femmes
- l'usage et l'abus de psychotropes chez les femmes du Québec
- une présentation du *Programme d'information sur les femmes, les tranquillisants mineurs et l'alcool: C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs* de Santé et Bien-être social Canada
- les troubles liés aux substances toxiques selon des critères diagnostiques du *Diagnostic Statistical Manual (DSM III)* (American Psychiatric Association, 1980) et l'évaluation multi-axiale proposée par ce manuel
- les points de repères permettant l'identification des troubles liés aux substances toxiques chez les femmes
- les paramètres de l'intervention auprès de ces femmes par l'exemple de la problématique de la relation mère-enfant
- l'intervention axée sur les contraintes de rôles: l'exemple de l'Unité des femmes de Domrémy Trois-Rivières.

L'ÉVALUATION DES SESSIONS

Les sessions ont été soumises à une procédure d'évaluation. Deux cent-quatre-vingt-dix questionnaires ont été remplis pour les neuf sessions. Tous les participants présents à la dernière heure de la session ont répondu au questionnaire. On peut penser que plus de 80% des personnes rejointes ont répondu au questionnaire. Ces participants portent les titres d'emploi suivants: ils sont agents de relations humaines, auxiliaires familiales, animateurs, bénévoles, cadres, éducateurs, infirmières, médecins, psychologues, responsables de programme d'aide aux employés, techniciens en travail social, travailleurs communautaires.

L'évaluation des sessions comprend un volet quantitatif et un volet qualitatif. Le volet quantitatif comporte un questionnaire de 14 questions. Ce formulaire permet aux participants de porter un jugement sur les sept dimensions qui peuvent déterminer leurs apprentissages: la satisfaction vis-à-vis

les activités du cours; la clarté de l'horaire; la pertinence des objectifs; le rôle des participants comme garant des objectifs; le concours des participants à la démarche; la confusion des rencontres; le caractère significatif de la démarche comprenant des énoncés évalués par les participants sur une échelle en cinq points. Ce questionnaire sert à l'appréciation des situations d'apprentissage à la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal, dont les services d'informatique ont assuré le traitement des données.

Cette mesure permet d'avoir une idée assez juste de la satisfaction globale des participants. Notons un biais habituellement positif des participants dans leurs réponses, imputable au fait que les répondants ne sont pas des experts de la question. Ceci dit, pour ce questionnaire, toute évaluation au-dessus de 4 est considérée positive. Les résultats obtenus indiquent un niveau de satisfaction très élevé. Par exemple, les scores pour la dernière question, qui fait un résumé de toute la session, ont une étendue de 4.44 à 4.84. Malgré les limites des instruments de ce type (Bernard *et al.*, 1985), on peut affirmer que la satisfaction est très élevée.

Le volet qualitatif comportait deux questions ouvertes: soit une description des aspects positifs de la session, et des aspects négatifs de la session. À la première session, les sujets abordés par les participants se sont polarisés autour des thèmes suivants: animation, contenu, méthode pédagogique et autre catégorie. Ces thèmes, récurrents pour les neuf sessions, ont formé les catégories pour la grille d'analyse. Le traitement des données prévoit également une liste des contenus que les participants auraient aimé voir abordés de même que les recommandations qu'ils préconisent. Les commentaires des participants indiquent qu'ils se disent très satisfaits. Les données recueillies ne permettent pas toutefois de distinguer la part relative que prennent le contenu, le matériel didactique et le dynamisme des présentatrices. Ou, dit autrement, le «dynamisme» des présentatrices pourrait camoufler certaines faiblesses du contenu ou du matériel didactique. Cependant, force nous est de constater que, si elles avaient été significatives, les lacunes auraient sans doute été mentionnées dans les commentaires écrits et anonymes des participants.²

RECOMMANDATIONS

Pour la future mise sur pied d'activités similaires, on pourrait retenir les mesures correctives suivantes:

1. La présentation de contenus ayant pour objet la prévention, les données de recherche, l'évaluation clinique et les stratégies de soins est difficilement réalisable en deux jours. Cependant, il a été intéressant d'assurer un équilibre entre la théorie et la pratique. À cet effet, la décision de ponctuer les exposés magistraux de diapositives s'est avérée heureuse. Il en va de même pour celle de faire alterner les exposés avec des exercices permettant de mettre immédiatement en pratique les concepts théoriques transmis. De même, amener les participants à identifier les paramètres de l'intervention par démarche inductive s'est avérée stimulante. Ceci dit, certains participants ont noté des contenus trop chargés.

2. Il est possible que le rythme autant que le contenu aient contribué à ce que les participants ont appelé le «dynamisme» des animatrices. Ce rythme fut assuré d'abord par un horaire qui fut annoncé à l'avance et rigoureusement respecté; ensuite, par des sujets qui changeaient de période en période et qui donnaient l'impression que la session progressait; enfin, comme on l'a dit plus tôt, par une alternance entre l'exposé magistral, le travail d'équipe sur place (pour éviter tout déplacement des participants) et les sessions plénières. À ce propos, les habiletés d'animation des personnes ressources ont sûrement contribué à l'évaluation positive. Il faut cependant noter que le rythme fut parfois décrit comme essoufflant, sans doute par les participants peu familiers avec les contenus.

3. Faire travailler ensemble des groupes hétérogènes entraîne un coefficient de difficulté supplémentaire: il est impossible d'éviter les redondances pour certains, impossible de ne pas bousculer les autres en leur communiquant des informations pour lesquelles ils ne possèdent pas les bases nécessaires. Ainsi, certains ne comprennent pas la dynamique de la toxicomanie et l'associent uniquement au produit, objet d'étude qu'ils veulent contrôler à tout prix. D'autres, par contre, souhaitent aborder des problèmes spécifiques.

4. Il est devenu évident que les régions éloignées présentent des problèmes particuliers. Le double

standard entre les hommes et les femmes aux prises avec des troubles liés aux psychotropes est plus fortement ancré dans ces mentalités que dans les agglomérations urbaines. Dans ces régions, le signalement en traitement est le problème prioritaire, la stratégie de soins venant en second. En corollaire, lorsqu'elles arrivent en traitement sur une base interne, ces femmes sont seules ou à deux dans un groupe de 10 à 15 hommes. On imagine le sentiment d'isolement qu'elles peuvent éprouver. Dans ces régions, il s'agit d'abord de concevoir des moyens de sensibiliser la population. Il faudrait donc envisager des sessions qui focalisent sur ces problèmes de santé publique.

5. Les commentaires des participants portent à croire qu'il serait opportun d'organiser des sessions plus spécialisées pour les intervenants qui ont une bonne expérience clinique et qui disent avoir besoin d'échanger avec des spécialistes et avec leurs pairs sur les difficultés propres à cette clientèle. Des exemples en seraient donnés par des sessions au sujet des agressions sexuelles et de la dépression.

6. Une des sessions nous a amenées à nous interroger sur les groupes autochtones. Il devient évident que les contenus élaborés pour les blancs ne tiennent pas compte des besoins particuliers de ces groupes.

7. La session a été conçue pour travailler en grand et en petit groupe. Il n'y a pas de différence dans l'évaluation entre ces deux types de groupes. Le projet initial fut donc bien conçu à ce niveau et constitue une des forces de ce programme de formation.

CONCLUSION

Bien que l'évaluation indique un très haut degré de satisfaction de la part des participants, il semble opportun de souligner que la satisfaction des participants ne saurait constituer le seul critère pour juger de la qualité d'une session. Il s'agissait de transmettre des contenus assez spécialisés qui, en même temps, font l'objet de beaucoup de subjectivité. Le jugement devrait donc également se fonder sur l'adéquation entre les contenus transmis et les connaissances existantes dans ce domaine. À ce propos, il est impossible de nous évaluer nous-mêmes. Mais notre matériel est utilisé par d'autres professionnels, eux-mêmes considérés comme étant à jour.

De même, il n'est pas souhaitable de tenir compte de toutes les critiques. Par exemple, les participants insistent pour recevoir une formation à la psychothérapie. Il est clair qu'une telle demande était irrecevable à l'intérieur du présent projet en raison des limites de temps. Par ailleurs, lorsque certains participants se plaignent d'un rythme trop rapide, il faut penser qu'une telle critique est inévitable dans un groupe hétérogène. De même, si certains participants sont peu familiers avec la problématique, il faut y consacrer du temps au détriment d'une discussion sur la thérapeutique. Le niveau de satisfaction de certains participants plus familiers avec la problématique en est forcément affecté.

Enfin, il faut souligner que les résultats discutés ici ne nous permettent pas d'évaluer ce qui a été retenu. Ainsi, une session stimulante n'a pas nécessairement de l'impact au niveau de l'amélioration de la performance au travail et de la mise sur pied de nouveaux projets. Une telle formation repose en effet sur l'hypothèse que c'est la quantité de connaissances que l'on emmagasine sur la nature d'un même phénomène qui rend plus apte à agir. Or, il n'est pas certain que la capacité opérationnelle des individus soit dans une relation linéaire avec leur savoir. De plus, une telle étude d'impact est une procédure dont la méthodologie est plus sophistiquée et plus coûteuse que celle que nous avons utilisée. Il aurait fallu par exemple mesurer le niveau de connaissance avant la session de formation et disposer d'un groupe de contrôle. Toute la conception du cours a tenté de tenir compte de cette dimension, qui fut subséquemment évalué par une question. Cependant, seule une étude sur le terrain permettrait de vraiment répondre à cette dimension.

ÉPILOGUE

Pouvons-nous terminer ce rapport, qui s'est voulu aussi objectif que possible, après une remarque à caractère personnel? Il faut souligner combien nous nous sommes senties privilégiées de participer à cette activité de formation. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ait jugé bon d'investir autant de ressources pour le sujet souvent négligé des femmes et des psychotropes apparaît innovateur, du moins à notre connaissance. Il

s'agissait d'une action éducative dont les enjeux clinique et de santé publique sont nombreux. D'avoir été les conceptrices et les actrices de ce projet fut pour nous une expérience parfois stressante et fatigante, jamais ennuyeuse, toujours stimulante. Comme les participants, notre niveau de satisfaction est élevé.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner la participation d'Evelyne Bergeron, de Domrémy Trois-Rivières, qui a participé à l'élaboration du devis pédagogique et à la dispensation de la formation de même que Suzanne Lachance, Nicole Leclerc et Renée Moreau du ministère de la Santé et des Services sociaux. Une version préliminaire de cet article a été révisée par Julio Fernandez et par Fernand Gauthier, de la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal.

NOTES

1. La terminologie utilisée fait référence à celle du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, la version française du *Diagnostic Statistical Manual (DSM III)* de l'American Psychiatric Association (Paris, Masson, 1983).

2. Les instruments de mesure de même que le détail des résultats des neuf sessions sont disponibles sur demande auprès de L. Nadeau, à la Faculté de l'éducation permanente, C.P. 6128, succ. A, Montréal (Qué.), Canada H3C 3J7.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM III)*, Washington D.C., APA, American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1983, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
- BERNARD, H., FELX, C., FONTAINE, F., 1985, *Quelques éléments d'information pour faciliter la mise en oeuvre du guide d'évaluation de l'enseignement*, Document de travail, Montréal, Service pédagogique, Université de Montréal.
- MERCIER, C., 1984, Les données épidémiologiques, in Nadeau, L., Mercier, C., Bourgeois, L., *Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 23-71.
- RICH, A., 1980, *Naître d'une femme: la maternité en tant qu'expérience et institution*, Paris, Denoël - Bouthier.

Louise Nadeau
Marie Lecavalier