
Impacts d'un programme de formation en toxicomanie sur la perception du sentiment de compétence des intervenants de première ligne de la région des Laurentides

- Gosselin, Marc-André, psychologue, chercheur associé au Service de recherche du Centre André-Boudreau, Collège Bois-de-Boulogne, 100555, avenue de Bois-de-Boulogne, Montréal (Québec) H4N 1L4, Tél.: (514) 332-3000, poste 7836, marcandre.gosselin@bdeb.qc.ca
- Ducharme, Robert, chercheur associé au Service de recherche du Centre André-Boudreau, rducharm@videotron.ca
- Cuillerier, Gilles (dir.), Centre André-Boudreau, 910, rue Labelle, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5M5, Tél. : (450) 432-1118, poste 222, 1 888 345-1395 (sans frais), gilles_cuillerier@SSSS.gouv.qc.ca

Impacts d'un programme de formation en toxicomanie sur la perception du sentiment de compétence des intervenants de première ligne de la région des Laurentides

Résumé

Cet article présente les retombées d'un programme de formation en toxicomanie offert aux intervenants de première ligne dans les Laurentides, appelés à intervenir auprès de personnes aux prises avec des problèmes de consommation de psychotropes. Un devis de recherche quasi-expérimental a comparé un groupe de participants ayant reçu la formation (n : 118) et un groupe témoin identique quant aux caractéristiques socioprofessionnelles mais n'ayant pas reçu la formation (n : 134). Les résultats indiquent que le sentiment de compétence professionnelle est plus élevé chez les participants ayant reçu la formation et qu'il tend à se maintenir plusieurs années après la formation. Le maintien du sentiment de compétence est fortement associé à l'utilisation d'outils d'estimation des habitudes de consommation.

Mots clés

Toxicomanie, formation, sentiment de compétence

Abstract

This article presents the results of a study that compares a group of 118 health professionals that have participated (experimental group) in a drug-users training session and a group of 134 health professionals (control group) that have not participated. The results indicate, that the experimental group obtained a superior score on the scale measuring the perception of self-competence in helping drug-users than the control group. Also, this research indicates that the self-competence of the experimental group has been maintained several years after the training session. The maintenance of the self-competence is strongly related to the use of drug-abuse inventories.

Key-words

Self-competence, training session, drugs

Contexte et problème de recherche

La toxicomanie est un problème comportant de multiples facettes. Elle se caractérise principalement par une perte de contrôle sur la consommation de produits psychotropes et peut s'accompagner d'une série de symptômes aux plans physiologique, psychologique et social. Tant au point de vue de la quantité consommée que de la manière de consommer, elle est associée à un risque accru d'accidents, de traumatismes, de problèmes de santé et de problèmes sociaux (Chevalier, 1995; Edwards et al., 1994; Ranking et Ashley, 1992). Au Canada, les coûts totaux (directs et indirects) associés à la consommation de ces substances sont évalués à 7,75 milliards. Ce montant représente 1,29 % du produit intérieur brut (PIB) et 313\$ par Canadien (Single et al., 1996). La plupart des coûts directs sont associés aux soins de santé qui représentent 20% de la somme totale.

L'ensemble des études sur les problèmes de consommation met en évidence le caractère multifactoriel de cette problématique de santé et dissipe le mythe d'un traitement unique pour tous. De plus, ces études soulignent l'importance de tenir compte d'un ensemble de variables reliées à la substance consommée, à l'individu et à son environnement (Anglin et Hser, 1990; Miller 1989; Gotheill et al., 1981; Pattission, Sobell et Sobell, 1977).

Le rôle des ressources de première ligne (*primary health care*) pour intervenir sur la surconsommation de psychotropes ou en diminuer les méfaits est bien documenté. Essentiellement, les actions de ces ressources se situent à deux niveaux. La *prévention* vise la diminution de la consommation, de ses effets nuisibles et des risques qui y sont associés. L'*intervention précoce* permet d'accompagner les personnes dans une démarche d'adaptation sociale et vers une démarche de traitement offerte par des ressources spécialisées et de soutenir leur motivation au changement. (Anderson 1996; Viens, Lebeau et Sirois 1996; Babor et Hidding-Biddle 2001).

Dans la région des Laurentides, l'importance particulière de ces ressources a été évaluée par trois études sur l'utilisation des soins de santé par les personnes toxicomanes. Ces études soulignent que les ressources de première ligne, particulièrement les ressources gouvernementales, jouent non seulement un rôle de prévention et d'intervention précoce (Cuillierier, 2000) mais qu'elles sont également très utilisées par les personnes toxicomanes en attente de recevoir des services spécialisés. Les personnes toxicomanes démontreraient ainsi une capacité à surmonter les difficultés d'accès aux services spécialisés en toxicomanie propre à la région en demandant de l'aide principalement aux centres hospitaliers, au CLSC, aux cabinets de médecins et, pour certains, à la Protection de la Jeunesse. (Cuillierier et Forget 2002). Une dernière étude permet d'observer qu'entre 1998 et 2001, la durée moyenne de séjour dans les centres hospitaliers de la région pour les personnes ayant un diagnostic d'usage ou d'abus de psychotropes serait

en hausse de 1,4 jour, entre 1998 et 2001, tandis que le séjour moyen de l'ensemble des hospitalisations sans égard au diagnostic serait à la baisse. Une hospitalisation associée à un diagnostic principal ou secondaire d'usage ou d'abus de psychotropes serait de 10,75% pour une hospitalisation de deux jours et plus et de 6,3% pour celles de un jour. (Renaud et Cuillerier, 2003).

Cette fréquentation soutenue des ressources de santé n'ayant pas un mandat spécifique d'intervention spécialisée en toxicomanie soulève la nécessité de bien outiller les intervenants pour intervenir efficacement auprès de cette clientèle et éventuellement d'assurer la continuité des interventions pré et post traitement offertes par les ressources spécialisées.

Cette perspective de formation rejoint plusieurs orientations gouvernementales en matière d'organisation de services, notamment celles de favoriser le maintien des personnes dans leur milieu naturel afin d'éviter ou de retarder le recours à des services spécialisés de deuxième ligne. Pour ce faire, soulignons que le *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie* (MSSS, 1998) encourageait la formation et l'échange d'expertise. Les formations offertes aux intervenants de première ligne des Laurentides correspondent aux objectifs de ce cadre visant à assurer la compétence des ressources humaines intervenant auprès de personnes toxicomanes.

Entre 1998 et 2003, le Centre André-Boudreau a dispensé un programme de formation à plus de 400 intervenants de première ligne en toxicomanie. Cette formation était d'une durée de quatre jours et offrait un guide et un cahier d'exercices traitant des concepts de base en toxicomanie, des substances, des outils d'évaluation et des moyens d'intervention. Le but de ces formations était de donner aux intervenants de première ligne les moyens d'aider efficacement leur clientèle présentant des difficultés liées directement ou indirectement à la surconsommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments.

Au terme de ces formations, les participants devaient être capables d'engager un travail de prévention et de dépistage auprès des consommateurs qui s'adressent à leurs services ou qui les fréquentent, de leur proposer un plan d'intervention approprié, de stimuler leur motivation au changement, de référer au besoin les cas les plus complexes à des ressources spécialisées dans le traitement des toxicomanies et de faire un choix quant aux types d'actions intersectorielles à instaurer pour leur venir en aide. Un total de 37 groupes d'intervenants ont suivi ces programmes, dont 19 dans le cadre du programme d'intervention auprès des adultes et 18 dans celui auprès des jeunes. Un total de 420 intervenants ont été rejoints par ces formations, soit 201 dans le volet adulte et 219 dans le volet jeunesse.

Les coûts associés à ce programme de formation sont relativement élevés. Ils sont estimés à plus de 250 000 \$ si l'on inclut le salaire des participants, leurs bénéfices marginaux, les diverses charges sociales

associées à leur rémunération et à leur participation. De plus, les coûts de production et de prestation du programme assumé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides sont évalués à 60 000 \$. Ce montant comprend la production des manuels et les honoraires des formateurs. Il s'agit donc là d'une somme totale considérable de ressources humaines et financières, pour laquelle le Centre André-Boudreau et la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides escomptaient tirer des retombées importantes sur le développement des interventions de première ligne en toxicomanie dans la région des Laurentides.

Dans les faits, cette formation soulève plusieurs questions sur la modification des attitudes et des habiletés chez les intervenants de première ligne, sur l'amélioration de leur travail de prévention, de dépistage et d'intervention précoce ainsi que sur la mise en place d'actions intersectorielles à l'attention des personnes toxicomanes. De plus, les formateurs s'interrogent sur le contenu et le sens à donner à ces formations. Ce sont là des questions auxquelles la présente recherche tente de répondre. En effet, il semble qu'aucune autre étude régionale ne s'est intéressée aux retombées des formations offertes dans le réseau de la santé et des services sociaux dans les Laurentides. La présente évaluation pourrait éventuellement être utile pour développer et consolider d'autres programmes régionaux de formation.

Objectif et hypothèses

L'objectif de cette recherche consiste à mesurer les retombées du programme de formation en évaluant les acquis réalisés par les participants dans le cadre de leurs interventions quotidiennes auprès des personnes toxicomanes. Cette recherche s'inscrit dans les objectifs d'évaluation des programmes proposés dans le *Programme national de santé publique*, particulièrement celui concernant l'importance du suivi des activités de formation pour guider l'action gouvernementale. L'objectif étant de vérifier et de décrire les écarts observés par rapport à ce qui avait été offert dans le cadre de formation et d'évaluer la satisfaction des intervenants qui en ont bénéficié.

Cet objectif conduit à la formulation des deux hypothèses :

Hypothèse 1

Le sentiment de compétence est plus élevé chez les intervenants de première ligne qui ont participé à la formation (groupe expérimental) que chez les intervenants qui n'ont pas participé à la formation (groupe témoin) qui font le même travail dans les mêmes secteurs d'activité.

Hypothèse 2

Le sentiment de compétence des intervenants de première ligne qui ont participé à la formation s'est maintenu dans le temps depuis le moment où ils ont reçu la formation.

Méthodologie

1- Sujets

L'enquête a été réalisée à l'été 2003 à l'aide d'un questionnaire auto administré anonyme auprès des intervenants de première ligne dans la région des Laurentides, oeuvrant dans tous les types d'organisation de travail ainsi que dans tous les territoires du CLSC tel qu'illustré au tableau 1. Tous les questionnaires ont été distribués par la poste à l'exception d'une trentaine qui l'ont été de main à main.

Tableau 1
Répartition des questionnaires et des répondants

Type d'organisation	Nombre de questionnaires	Nombre de répondants
CLSC/Hôpital	350	101 (40%)
Centres jeunesse/DPJ	200	72 (29%)
Organismes communautaires	100	56 (22%)
Centre de réadaptation	50	16 (6%)
Non indiqué	-	7 (3%)
Total :	700	252

Ainsi, 700 questionnaires ont été distribués, dont 350 aux intervenants des CLSC, 200 à ceux des Centres jeunesse, 100 à ceux des organismes communautaires et 50 à ceux des organismes médicaux tels que les CHLSD, les CH, les cliniques et les centres de réadaptation. Au total, 252 questionnaires ont été dûment complétés et retournés. Ce qui représente 36% du nombre de questionnaires distribués. Des questionnaires complétés, 101 proviennent des CLSC et Hôpitaux (40%), 72 des Centres jeunesse et de la DPJ (30%), 56 des organismes communautaires (22%), 16 des Centres de réadaptation (6%) et sept répondants n'ont pas indiqué leur type d'organisation de travail (3%) .

Sur l'ensemble des questionnaires retournés, 118 l'ont été par des intervenants qui avaient participé au programme de formation du Centre André Boudreau (**groupe de participants**) , ce qui représente 46,8% de tous les répondants et 134 (53,2%) l'ont été par des intervenants qui n'avaient pas participé à la formation. Ce dernier groupe devient donc le **groupe de témoins** de la présente enquête.

Le tableau 2 présente la provenance des groupes de répondants selon le type d'organisation de travail . Soulignons immédiatement qu'il n'y a pas de différence significative au test *t* de Student à $p < .01$ pour l'ensemble des types d'organisation de travail à l'exception des centres de réadaptation où le nombre de participants à la formation excède largement celui des témoins.

Tableau 2
Répartition des répondants selon le type d'organisation de travail

	<i>Participants</i>	<i>Témoins</i>	Total
<i>CLSC/Hôpital</i>	43 (36%)	58 (43%)	101
<i>Centre-Jeunesse/DPJ</i>	35 (30%)	37 (28%)	72
<i>Organismes communautaires</i>	24 (20%)	32 (24%)	56
<i>Centres de réadaptation</i>	13 (11%)	3 (2%)	16
<i>Non indiqué</i>	3 (2%)	4 (3%)	7
Total	118	134	252

Le tableau 3 présente la répartition des répondants selon le sexe. Ce tableau indique qu'il y a davantage de femmes (72%) à l'intérieur de l'échantillon que d'hommes (28%). Par ailleurs, on retrouve 79% de femmes dans le groupe témoin comparativement à 63% dans le groupe qui a suivi la formation. Cette différence est statistiquement significative (Test *t* $p < .01$). Cette caractéristique n'a toutefois pas de conséquence sur les analyses statistiques qui vont suivre, puisque le sexe n'est pas ressorti comme un déterminant du sentiment de compétence.

Tableau 3
Répartition des répondants selon le sexe

	Participants	Témoins	Total
Féminin	74 (63%)	106 (79%)	180 (72%)
Masculin	43 (37%)	28 (21%)	71 (28%)
Total	117	134	251

Le tableau 4 présente la répartition des répondants selon l'âge. Les données du tableau démontrent que les répondants appartiennent majoritairement aux catégories d'âges intermédiaires situées entre 26 et 55 ans (83%). Il y en a très peu qui ont moins de 25 ans ou plus de 56 ans. Cependant, encore ici le groupe témoin se distingue du groupe des participants en étant plus jeune (Test t $p < .001$). Cette caractéristique n'a pas non plus de conséquence sur les analyses statistiques qui vont suivre puisque l'âge n'est pas ressorti comme un déterminant du sentiment de compétence.

Tableau 4
Répartition des répondants selon l'âge

	Participants	Témoins	Total
Moins de 25 ans	5 (4%)	27 (20%)	32 (13%)
26 à 35 ans	29 (25%)	41 (31%)	70 (28%)
36 à 45 ans	40 (34%)	31 (24%)	71 (28%)
46 à 55 ans	38 (33%)	28 (21%)	66 (27%)
56 ans et plus	5 (4%)	5 (4%)	10 (4%)
Total	117	132	249

Le tableau 5 présente la répartition des répondants selon leur scolarité. Les données du tableau 5 indiquent que les répondants sont bien scolarisés. En effet, près des trois-quarts d'entre eux ont une scolarité universitaire, principalement de baccalauréat. Le travail social, la psychologie et la psychoéducation sont les disciplines de formation les plus fréquentes. On ne trouve aucune différence significative à cet égard entre le groupe témoin et le groupe des participants (Test t $p > .05$).

Tableau 5
Répartition des répondants selon leur scolarité

	Participants	Témoins	Total
DES	2 (2%)	1 (1%)	3 (1%)
DEC	34 (29%)	29 (22%)	63 (25%)
Certificat	14 (12%)	13 (10%)	27 (11%)
Baccalauréat	53 (45%)	66 (49%)	119 (47%)
Maîtrise/Doct.	14 (12%)	25 (19%)	39 (16%)
Total	118	134	252

Le tableau 6 présente quant à lui la répartition des répondants selon leur nombre d'années d'expérience. À l'instar de l'âge, l'expérience professionnelle des répondants est relativement récente. En effet, les deux tiers des répondants ont moins de 15 années d'expérience et à peine 10% en ont plus de 25. À cet égard, toutefois, le groupe témoin compte significativement moins d'années d'expérience de travail que les participants (Test t $p < .001$). Néanmoins, ce facteur n'a pas lui non plus d'incidence déterminante sur le sentiment de compétence.

Tableau 6
Répartition des répondants selon le nombre d'années d'expérience

	Participants	Témoins	Total
Moins de 5 ans	15 (13%)	57 (43%)	72 (29%)
6 à 10	27 (23%)	26 (20%)	53 (21%)
11 à 15	25 (22%)	17 (13%)	42 (17%)
16 à 20	16 (14%)	12 (9%)	28 (11%)
21 à 25	19 (16%)	13 (10%)	32 (13%)
26 à 30	8 (7%)	2 (1%)	10 (4%)
31 ans et plus	6 (5%)	5 (4%)	11 (4%)
Total	116	132	248

En résumé, le portrait des répondants indique que comparativement au groupe de participants le groupe de témoins est composé davantage de femmes, qu'il est plus jeune et qu'il compte moins d'années d'expérience au travail, même si ces facteurs n'ont pas d'influence sur le sentiment de compétence.

2- Instrument de mesure

Le questionnaire comporte 33 questions réparties en 4 sections. La première section contient 10 questions et traite du **profil socio-professionnel** des intervenants. Elle porte, entre autres, sur le sexe, l'âge, la scolarité, les crédits académiques en toxicomanie, les année(s) d'expérience, le milieu de travail et le territoire de CLSC.

La deuxième section contient également 10 questions et aborde la **pratique professionnelle** des intervenants. Elle mesure le nombre d'utilisateurs rencontrés à l'intérieur de leur pratique professionnelle, le nombre d'évaluations réalisées, le nombre d'interventions entreprises ainsi que les motifs de référence, s'il y a lieu. Cette section mesure en outre le sentiment de compétence chez tous les répondants, à partir d'une échelle conçue par le Centre André Boudreau.

Cette échelle de mesure représente l'intérêt premier de cette recherche, puisqu'elle permet de tester les deux hypothèses mentionnées précédemment. D'une part, elle permet de comparer la perception du sentiment de compétence entre le groupe de témoins et le groupe de participants à la formation (Hypothèse 1). D'autre part, elle permet également d'évaluer l'évolution du sentiment de compétence des participants à la formation dans le temps (Hypothèse 2). Dans le but de tester cette deuxième hypothèse, trois mesures utilisant cette échelle d'évaluation du sentiment de compétence ont été comparées : 1) une mesure avant le début de la formation, 2) une mesure à la fin de la formation et 3) une mesure quelques années plus tard après avoir reçu la formation c'est à dire au moment de compléter le questionnaire.

On trouvera au tableau 9 de la page 14 les dimensions mesurées par cette échelle de compétence. Mentionnons, pour l'instant, que cette échelle contient 18 items portant sur l'aisance des intervenants de première ligne à :

- travailler avec des personnes aux prises avec un problème de surconsommation;
- entreprendre une démarche d'intervention;
- collaborer avec les autres intervenants.

Sur le plan de la qualité métrique, tous les items sont fortement corrélés avec le score total du sentiment de compétence et contribuent donc tous ainsi à la fiabilité de cette mesure. La présente recherche a donc permis de confirmer la pertinence de cette échelle pour évaluer le sentiment de compétence des

intervenants de première ligne à intervenir auprès de personnes qui présentent des problèmes de consommation de psychotropes.

La troisième section du questionnaire contient aussi 10 questions et explore l'impact de la formation sur le sentiment de compétence des intervenants. Ce volet compare tout d'abord le sentiment de compétence des participants à la formation avec celui du groupe de témoins. Ensuite, il examine les changements apportés au processus d'intervention à la suite de la formation, notamment dans l'utilisation des outils d'estimation des habitudes de consommation, dans les motifs de non-utilisation de ces outils et dans la participation à des actions concertées avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région des Laurentides.

La quatrième et dernière section contient trois questions et porte sur les impact de la formation sur la pratique professionnelle. Elle évalue la nature des besoins de formation au niveau de l'intervention de première ligne en toxicomanie et des suggestions d'amélioration pour les sessions de formation éventuelles.

3- Analyse des données

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS, version 9.1. L'analyse permet de tracer un portrait des retombées du programme de formation à plus ou moins long terme. Elle fait aussi ressortir les différences dans les comportements professionnels entre ceux qui ont suivi la formation et ceux qui ne l'ont pas suivie. Elle permet enfin d'identifier les facteurs responsables de l'évolution du sentiment de compétence tant chez les participants à la formation que chez le groupe de témoins.

Résultats

1. Profil socio-professionnel

Les groupes «participants» et «témoins» sont très homogènes quant à leur profil professionnel:

- Ils ont peu de crédits en toxicomanie;
- Ils rencontrent chacun une vingtaine d'usagers par semaine;
- Les deux groupes abordent la problématique de surconsommation avec une dizaine de personnes chacun par semaine;
- Chacun entreprend des interventions cliniques et réfère à un centre spécialisé dans une proportion de 80%;

- Ils recourent aussi à la collaboration et au support d'un partenaire spécialisé en toxicomanie avec le même intérêt, soit pour 70% des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de psychotropes qu'ils rencontrent.

Le tableau 7 présente la répartition des répondants selon le nombre de crédits obtenus en toxicomanie au cours de leur scolarité. Il appert selon ce tableau que les répondants n'ont pas complété beaucoup de crédits en toxicomanie au cours de leurs études collégiales ou universitaires. Plus des deux tiers, en effet, n'ont accumulé aucun crédit en ce domaine lors de leur formation et la majorité des autres en comptent à peine trois. Cette constatation appuie la pertinence du programme de formation sur mesure offert en cours d'emploi par le Centre André-Boudreau. Aucune différence concernant le nombre de crédits entre le groupe témoin et le groupe des participants (Test t $p > .05$) n'a été observée.

Tableau 7
Répartition des répondants selon le nombre de crédits en toxicomanie

	<i>Participants</i>	<i>Témoins</i>	<i>Total</i>
Aucun crédit	83 70,3%	82 61,2%	165 65,5%
1 à 3 crédits	20 16,9%	36 26,9%	56 22,2%
4 à 6 crédits	7 5,9%	6 4,5%	13 5,2%
7 à 9 crédits	3 2,5%	1 0,7%	4 1,6%
9 à 12 crédits	1 0,8%	2 1,5%	3 1,2%
13 crédits et +	4 3,4%	7 5,2%	11 4,4%
Total	118	134	252

2. Pratiques professionnelles

2.1 Motifs de référence à un centre spécialisé

Le tableau 8 présente les motifs de référence à un centre spécialisé chez les répondants. Selon ce tableau, 68% des répondants réfèrent à un centre spécialisé en toxicomanie principalement parce qu'ils considèrent que la référence est pertinente. Un premier tiers des répondants indiquent qu'ils réfèrent parce qu'il y a d'autres priorités dans leur milieu de travail et un autre tiers parce qu'ils se disent insuffisamment formés. Parmi les autres raisons expliquant la référence, on note la problématique trop

lourde (25%), l'environnement de travail (23%), le manque de temps (14%), l'absence d'outils d'évaluation (13%) et le fait de ne pas être à l'aise pour intervenir auprès des toxicomanes (5%).

Deux motifs seulement distinguent significativement les témoins des participants à la formation : le manque de formation et le manque d'outils d'évaluation. Le premier de ces motifs semble évident puisqu'on compare un groupe qui a reçu de la formation avec un groupe qui n'en a pas reçue. De plus, rappelons que les deux groupes de répondants déclarent avoir reçu peu de formation académique en toxicomanie. Le deuxième motif qui a trait à l'utilisation d'un outil d'estimation, est abordée au paragraphe qui suit.

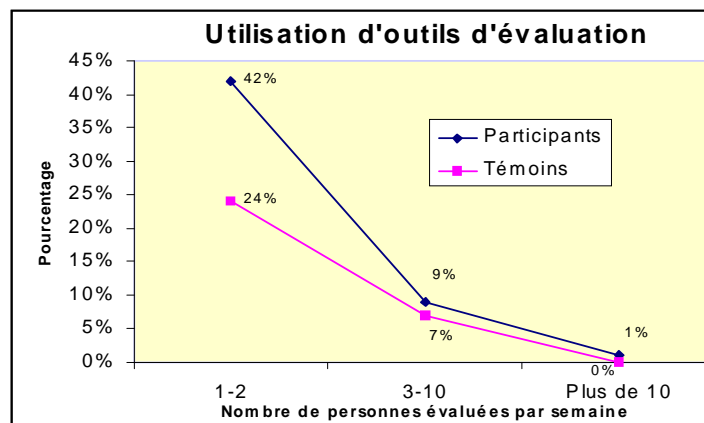
Tableau 8
Motifs de référence à un centre spécialisé

	Participants	Témoins	Total	Test t
Référence pertinente	77	93	170 (68%)	n.s.
Autres priorités	36	51	87 (35%)	n.s.
Pas assez formé	30	55	85 (34%)	p < .001
Problématique lourde	34	30	64 (25%)	n.s.
Environnement travail	26	33	59 (23%)	n.s.
Pas de temps	15	21	36 (14%)	n.s.
Pas d'outils évaluation	6	27	33 (13%)	p < .000
Pas à l'aise	6	7	13 (5%)	n.s.

2.2 Utilisation des outils

En outre, une distinction majeure est apparue entre le groupe des participants et le groupe témoin dans l'utilisation des outils d'estimation. La figure 1 qui suit illustre cette différence.

Figure 1. Pourcentage d'intervenants qui utilisent des outils d'estimation à chaque semaine.



Selon cette figure, 52% des participants à la formation utilisent des outils d'estimation à chaque semaine comparativement à 31% des témoins. Cette différence est significative à $p = .004$ au test *t de Student*.

L'une des retombées premières de la formation a été d'amener une proportion significativement plus grande d'intervenants à utiliser un outil d'estimation de la problématique auprès de personnes faisant usage de psychotropes.

3 Sentiment de compétence

Tel que nous l'avons mentionné dans la présentation de la méthodologie, la mesure du sentiment de compétence est la variable clé de cette recherche. Le tableau 9, pour sa part, présente les 18 composantes du sentiment de compétence, telles que mesurées chez le groupe des participants et le groupe témoin avec les différences observées entre les deux groupes, et la figure 2 présente pour chacune des deux groupes le score total obtenu à cette échelle.

Tableau 9
Sentiment de compétence chez les répondants

	<i>Participants</i>	<i>Témoins</i>	<i>Différence</i>	<i>Test t</i>
1- Aisance personnelle face à la surconsommation	2,97	2,59	0,38	$p < .01$
2- Aisance professionnelle avec les toxicomanes	2,66	2,33	0,33	$p < .01$
3- Compréhension des motivations des toxicomanes	2,97	2,64	0,34	$p < .01$
4-Capacité à rejoindre les toxicomanes	2,73	2,41	0,32	$p < .01$
5-Capacité à évaluer la surconsommation	2,50	1,95	0,54	$p < .01$
6-Susciter la motivation au changement	2,52	2,12	0,40	$p < .01$
7-Questions pertinentes à poser	2,67	2,17	0,49	$p < .01$
8-Différenciation des substances	2,47	2,07	0,40	$p < .01$
9-Compréhension de la démarche d'intervention	2,61	2,14	0,46	$p < .01$
10-Évaluation des facteurs de risque	2,65	2,42	0,23	$p < .05$
11-Rôles et responsabilités des intervenants	2,92	2,58	0,35	$p < .01$
12-Capacité à intervenir de façon sommaire	3,02	2,75	0,26	$p < .01$
13-Connaissance des partenaires en toxicomanie	3,24	2,92	0,31	$p < .01$
14-Compréhension du rôle des partenaires	3,12	2,72	0,40	$p < .01$
15-Capacité d'intervenir avec les partenaires	3,11	2,80	0,31	$p < .01$
16-Orientation vers une ressource spécialisée	2,89	2,59	0,30	$p < .01$
17-Capacité à référer	3,11	3,02	0,10	n.s.
18- Connaissance de l'information à fournir	2,84	2,35	0,49	$p < .01$

Il est à souligner que les participants à la formation obtiennent un score moyen plus élevé que le groupe témoins sur chacune des 18 composantes du sentiment de compétence. Toutes ces différences sont significatives à $p < .01$ sauf en ce qui concerne l'évaluation des facteurs de risque (10) dont la signifiante est à $p < .05$ et la capacité à référer (17) qui n'est pas significative.

Également, les plus grandes différences apparaissent dans la capacité à évaluer la surconsommation (#5), dans la pertinence des questions à poser (#7), dans la connaissance de l'information à fournir aux toxicomanes (#18) et dans la compréhension de la démarche d'intervention (#9). Toutes ces caractéristiques sont directement associées au programme de formation dispensé aux intervenants.

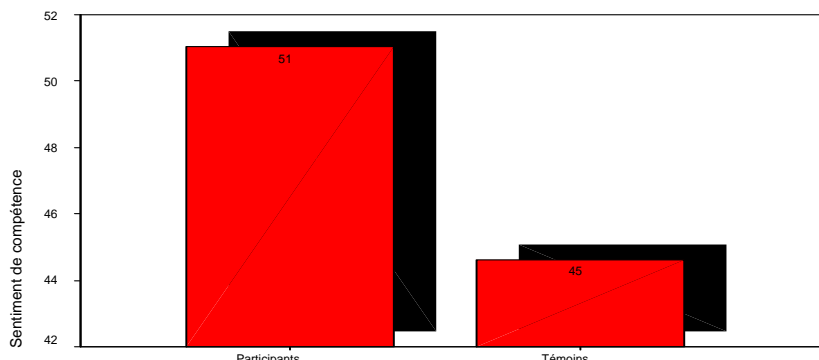
Par ailleurs, on observera que le recours aux partenaires (13,15, 16 et 17) de même que l'intervention sommaire (12) sont celles qui montrent le moins de différence entre les participants et les témoins. Il importe à cet égard de souligner que le but de la formation n'était pas d'encourager l'évaluation clinique ni la référence automatique sans avoir réalisé, au préalable, une évaluation préliminaire et un début d'intervention.

Le graphique de la figure 2, pour sa part, montre que les participants à la formation obtiennent un score total de 51 sur 72 à l'échelle mesurant le sentiment de compétence tandis que le groupe témoin obtient un score de 45. Cette différence est hautement significative à $p < 0.0001$ au test t de Student.

Ces résultats indiquent clairement que les participants à la formation ont un sentiment de compétence plus élevé que ceux qui n'y ont pas participé.

Figure 2

Score total des répondants à l'échelle mesurant le sentiment de compétence



Q21-Participation au programme

3.1 Facteurs corrélés au sentiment de compétence

Le tableau 10 qui suit présente les facteurs corrélés au sentiment de compétence chez les répondants.

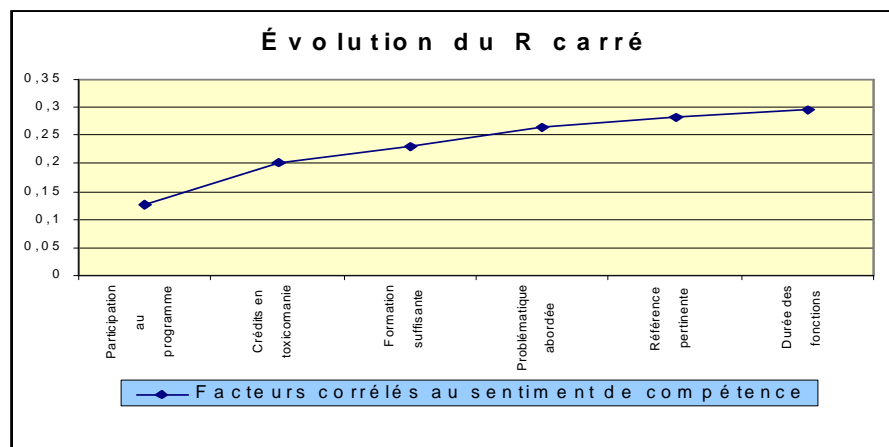
Tableau 10
Facteurs corrélés au sentiment de compétence

	<i>r</i> Pearson	<i>p</i>
Q 27 Utilisation des outils de la formation	0,30	<i>p</i> < .01
Q 5-Crédits en toxicomanie	0,25	<i>p</i> < .01
Q 14-Nombre de personnes avec outil	0,24	<i>p</i> < .01
Q 15-Nommer un outil d'évaluation	0,22	<i>p</i> < .01
Q 16-Nombre de personnes avec suivi	0,21	<i>p</i> < .01
Q 13-Nombre de personnes avec problématique	0,18	<i>p</i> < .01
Q 19.2-Référence pertinente	0,17	<i>p</i> < .01

On notera, tout d'abord que la plus forte corrélation obtenue concerne l'utilisation des outils ($r = .30$). On notera aussi que deux autres facteurs sur les sept apparaissant dans le tableau concernent les outils d'évaluation, soit le nombre de personnes rencontrées avec un outil ($r = .24$) ou de nommer un outil d'évaluation ($r = .22$). Les autres corrélations touchent à la formation en toxicomanie, au nombre de personnes rencontrées et à la capacité de référer pour des raisons pertinentes.

Par ailleurs, la figure 3 présente les facteurs corrélés au sentiment de compétence dans une équation de régression linéaire, ce qui permet de mesurer leur effet combiné sur le sentiment de compétence. Dans cette équation, la participation au programme de formation ressort comme premier prédicteur du sentiment de compétence ($R^2 = .13$), suivie du nombre de crédits en toxicomanie ($R^2 = .07$) et du fait d'avoir suivi une formation suffisante ($R^2 = .03$).

Figure 3 Équation de régression linéaire des variables reliées au sentiment de compétence.



Ce qui confère un R^2 combiné de .23 à la formation seulement.
--

On notera cependant que le R^2 total obtenu avec les facteurs mesurés dans l'enquête ne dépasse pas .30. Cela est sans doute dû au fait que nous ne disposons pas d'information sur les facteurs de personnalité que sont l'estime de soi, la confiance en soi, l'expérience d'intervention, l'épuisement professionnel, la détresse psychologique, l'aisance professionnelle, la motivation au travail, les lectures personnelles sur le sujet, l'entraide au travail, le sentiment de sécurité, etc. qui sont tous des facteurs potentiellement prédictifs du sentiment de compétence.

3.2 Évolution du sentiment de compétence dans le temps

Les résultats qui précèdent vont dans le sens de la première hypothèse de cette recherche et montrent que les gens qui ont suivi la formation ont un sentiment de compétence plus élevé que ceux qui ne l'ont pas suivi. Qu'en est-il maintenant de la deuxième hypothèse concernant de l'évolution du sentiment de compétence dans le temps ?

Les données disponibles pour mesurer l'évolution dans le temps du sentiment de compétence distinguent ceux qui travaillent auprès des adultes de ceux qui oeuvrent dans le secteur jeunesse.

Le tableau 11 présente l'évolution du sentiment de compétence chez ceux qui travaillent auprès des adultes. Ce tableau donne les résultats au début du programme de formation (colonne A « avant »), immédiatement à la fin du programme (colonne B « après ») et actuellement au moment où le questionnaire a été complété (colonne C « maintenant »). Ce tableau indique également la différence entre la mesure du sentiment de compétence actuelle et celle obtenue à la fin du programme de formation, il y a quelques années.

Tableau 11

Évolution du sentiment de compétence chez les participants du secteur adulte

	A Avant	B Après	C Maintenant	Écart:C-B	% (C-B)/B
Q 20#15-Intervenir avec partenaires	2,09	3,03	2,55	-0,48	-15,8
Q 20#14-Rôle des partenaires	2,12	2,82	2,39	-0,43	-15,1
Q 20#13-Connaissance partenaires	1,94	3,06	2,63	-0,43	-14,0
Q 20#9-Compréhension démarche	2,21	3,15	2,72	-0,43	-13,7
Q 20#17-Capacité à référer	2,06	2,82	2,44	-0,38	-13,6
Q 20#1-Aisance personnelle	2,18	2,97	2,58	-0,39	-13,2
Q 20#16-Processus de décision	1,73	2,97	2,64	-0,33	-11,1
Q 20#18-Informations	1,85	2,79	2,49	-0,30	-10,9
Q 20#7-Questions à poser	2,24	3,15	2,82	-0,33	-10,5
Q 20#10-Évaluer les facteurs	1,91	3,06	2,92	-0,14	-4,5
Q 20#11-Rôles et responsabilités	1,82	2,79	2,69	-0,10	-3,5
Q 20#3-Compréhension motivation	2,09	3,09	3,05	-0,04	-1,3
Q 20#2-Aisance professionnelle	1,97	2,88	2,85	-0,03	-1,2
Q 20#6-Susciter motivation	2,09	3,09	3,13	0,04	1,2
Q 20#12-Capacité à intervenir	2,09	2,88	2,95	0,07	2,4
Q 20#5-Capacité d'évaluer	2,33	3,09	3,21	0,12	3,7
Q 20#8-Différencier	1,67	2,94	3,21	0,27	9,2
Q 20#4-Capacité à rejoindre	1,94	3	3,28	0,28	9,4

À la lecture de ce tableau, il y a lieu de constater, dans un premier temps, que le sentiment de compétence est plus élevé à la fin de la formation (colonne B) qu'au début (colonne A) et ce sur toutes les dimensions du sentiment de compétence. Dans certains cas, la progression dépasse même 30% du score initial (v.g. Q20.5 « Ma capacité d'évaluer le modèle de surconsommation des psychotropes »).

Dans un deuxième temps, le score actuel (colonne C) est plus élevé qu'au début de la formation (colonne A) sur toutes les dimensions mais qu'elles sont inférieures à la plupart des scores obtenus immédiatement après la formation (colonne B), sauf dans les cinq dimensions qui figurent au bas du tableau. Ces dernières dimensions sont toutes reliées au processus d'intervention directe auprès du toxicomane. On peut présumer que leur accroissement dans le temps est influencé par leur pratique professionnelle.

En conséquence, le sentiment de compétence diminue dans le temps mais ne diminue jamais en deçà du seuil atteint avant la formation et augmente même dans certaines dimensions. C'est du moins le cas en ce qui concerne les intervenants du secteur adulte. Quand est-il maintenant du secteur jeunesse ? Les résultats à ce sujet apparaissent au tableau 12.

Tableau 12

Évolution du sentiment de compétence chez les participants du secteur jeunesse

	A Avant	B Après	C Maintenant	Écart:C-B	% (C-B)/B
Q 20#5-Capacité d'évaluer	1,98	3,21	2,59	-0,62	-19,3
Q 20#8-Différencier	2,11	3,1	2,52	-0,58	-18,6
Q 20#2-Aisance professionnelle	2,29	3,19	2,64	-0,55	-17,2
Q 20#7-Questions à poser	2,11	3,25	2,71	-0,54	-16,6
Q 20#9-Compréhension démarche	2,06	3,23	2,71	-0,52	-16,0
Q 20#10-Évaluer les facteurs	2,29	3,21	2,72	-0,49	-15,4
Q 20#6-Susciter motivation	2,04	2,85	2,49	-0,36	-12,6
Q 20#11-Rôles et responsabilités	2,66	3,29	2,99	-0,30	-9,3
Q 20#3-Compréhension motivation	2,6	3,27	3,01	-0,26	-7,8
Q 20#18-Informations	2,18	3,16	2,93	-0,23	-7,4
Q 20#12-Capacité à intervenir	2,43	3,22	3,00	-0,22	-6,8
Q 20#4-Capacité à rejoindre	2,33	3,02	2,82	-0,20	-6,8
Q 20#1-Aisance personnelle	2,42	3,22	3,02	-0,20	-6,4
Q 20#15-Intervenir avec partenaires	2,49	3,33	3,13	-0,20	-5,9
Q 20#13-Connaissance partenaires	2,38	3,42	3,22	-0,20	-5,7
Q 20#16-Processus de décision	2,21	3,16	2,99	-0,17	-5,5
Q 20#14-Rôle des partenaires	2,25	3,3	3,12	-0,18	-5,4
Q 20#17-Capacité à référer	2,43	3,22	3,07	-0,15	-4,5

Au secteur jeunesse, les résultats sont identiques à ceux du secteur adulte en ce qui concerne la comparaison du sentiment de compétence actuel avec celui d'avant la formation, comme le montre le tableau. Ainsi, tous les scores de la colonne C sont supérieurs à ceux de la colonne A. Par contre, le sentiment de compétence baisse systématiquement sur toutes les dimensions, comparativement aux scores obtenus à la fin de la formation (colonne C vs colonne B).

Néanmoins, la baisse est moins prononcée en ce qui concerne les dimensions reliées à la collaboration avec les partenaires. Ce résultat peut s'expliquer par le protocole d'entente entre le Centre André Boudreau et les Centres Jeunesse concernant le traitement des cas de toxicomanie chez les jeunes. À ce propos, les intervenants du secteur jeunesse sont invités à limiter leurs interventions au dépistage, à l'estimation de la problématique et à la référence, sans intervenir plus à fond comme dans le secteur adulte.

En résumé, les résultats obtenus indiquent que le programme de formation a eu un impact sur les participants. À pratique professionnelle identique, les participants ont un sentiment de compétence plus élevé que les témoins, ce qui confirme la première hypothèse.

Par contre, ce sentiment de compétence diminue dans le temps sans toutefois atteindre le score minimal obtenu avant la formation. Dans quelques dimensions reliées à l'intervention, on note même une progression dans le temps chez les intervenants du secteur adulte, ce qui confirme partiellement la deuxième hypothèse.

4. Impact de la formation sur la pratique professionnelle.

Les résultats qui précèdent sont corroborés par les commentaires émis par les répondants concernant l'impact de la formation sur leur pratique professionnelle. Ainsi, 81% des participants à la formation ont indiqué avoir initié des changements à l'intérieur de leur pratique professionnelle à la suite de la formation reçue.

Les principaux changements mentionnés concernent la modification des attitudes et la diminution des préjugés, l'amélioration des connaissances en toxicomanie, un meilleur questionnement lors des entrevues et une meilleure évaluation diagnostique. Les participants ont aussi indiqué que la formation avait eu un impact important sur l'amélioration de leur travail d'équipe, entre autres, dans l'accroissement de la collaboration avec les partenaires, dans le transfert des connaissances aux autres membres de l'équipe et dans l'appropriation des outils.

En terminant, les participants ont souligné l'importance d'avoir des rencontres périodiques de mise à jour avec le Centre André Boudreau concernant la problématique de la toxicomanie et l'utilisation des outils. Ils ont aussi exprimé des besoins de formation sur les modèles d'intervention en toxicomanie et l'analyse de cas conjointement avec une personne ressource du Centre André Boudreau.

Discussion

Cette recherche a permis de constater que les intervenants de première ligne dans la région des Laurentides n'ont pas reçu une formation académique adéquate en toxicomanie et que la majorité d'entre eux (70%) disent avoir vécu un changement professionnel au cours des cinq dernières années (lieu de travail, champ de pratique, changement de clientèle, etc.). Ces deux constats militent en faveur de la poursuite des formations. Compte tenu des usagers qui consultent les ressources de santé pour un problème lié à la toxicomanie, il apparaît important de former les intervenants de première ligne en développant chez eux des compétences professionnelles.

À cet égard, les résultats de la recherche ont montré que le programme de formation du Centre André Boudreau a permis de développer le sentiment de compétence chez les intervenants de première ligne dans la région des Laurentides. Il pourrait être intéressant, dans une prochaine recherche, d'en évaluer les retombées sur la satisfaction des usagers au sujet des services professionnels rendus.

Des résultats indiquent certaines orientations afin d'enrichir le contenu et l'efficacité des programmes de formation comme celles d'instrumenter les intervenants en matière d'estimation de la problématique et

de soutenir des liens post-formation entre les formateurs et les participants afin de consolider les acquis professionnels réalisés. Ces orientations pourraient déboucher sur la création de partenariats entre les groupes de première ligne et les services spécialisés, favorisant ainsi la continuité et la hiérarchisation des services. Ces partenariats pourraient apporter une stabilité dans le réseau de la santé au niveau de la prévention et de l'intervention précoce en toxicomanie et optimiser de ce fait, les services offerts aux usagers.

Enfin, bien que le sentiment de compétence chez les intervenants de première ligne semble se maintenir avec les années, les résultats de la recherche ne permettent pas d'expliquer les raisons sous-jacentes à ce constat. Il serait donc intéressant de vérifier les facteurs reliés ou non au maintien des apprentissages dans le temps chez les intervenants de première ligne.

Conclusion

Six grandes conclusions se dégagent de cette étude :

- 1) La première stipule que le programme de formation a un impact sur la pratique professionnelle des intervenants de première ligne en agissant principalement sur leur sentiment de compétence;
- 2) La deuxième indique que le sentiment de compétence développé au cours de la formation se maintient à travers le temps. Il diminue certes sur certaines dimensions, mais la baisse n'atteint jamais le niveau initial d'avant la formation;
- 3) La troisième conclusion établit que l'aisance dans l'utilisation des outils d'évaluation accroît significativement le sentiment de compétence chez les intervenants de première ligne;
- 4) La quatrième conclusion souligne l'importance d'une formation initiale en toxicomanie dans le développement du sentiment de compétence à intervenir auprès des toxicomanes;
- 5) La cinquième conclusion montre la nécessité d'entretenir des partenariats entre un Centre spécialisé en toxicomanie et les organisations de travail où oeuvrent les intervenants de première ligne;
- 6) Enfin, la sixième révèle l'importance d'une mise à jour périodique concernant les divers apprentissages relatifs à la problématique de la toxicomanie chez les intervenants de première ligne.

Références

- Anderson, P. (1996). Alcohol and primary health care. WHO, Série no 64
- Anglin, M.D. et Hser, Y.I. (1990). Treatment of drug abuse in Tonry, M. Et Wilson, J.Q. (Ed.) *Drugs and crimes*, University of Chicago press. PP: 393-460.
- Babor, T.F., De la Fuente, J.R., Saunders, J. et Grant (1992). AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines fore use in primary health care. Genève. WHO.
- Barbor, T.F. et Grant, M. (1994). A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care: a summary of a WHO project. Dans *Addiction*, no 89, pp. 657-659
- Chevalier, S.; Lemoine, O. (2000), Consommation d'alcool, in Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*, chapitre 4, Collection la santé et le bien-être, Institut de la statistique du Québec, PP : 117-133.
- Cuillerier, Gilles et Forget, Danielle (2002). *Agir en attendant : Profil et trajectoire des personnes en attente de services au Centre André-Boudreau*. Service de recherche du Centre André-Boudreau.
- Cuillerier, Gilles (2000). *Bilan d'une enquête terrain concernant la toxicomanie des adultes dans le territoire des Laurentides*. Service de recherche du Centre André-Boudreau.
- Durand, Gilles (2000). *Ces jeunes qui consomment et qui nous préoccupent ...* Programme de formation produit par le Centre André-Boudreau..
- Edwards, G et autres (1994). Alcohol Policy and public Good. WHO Europe. Oxford Medical Publications.
- Forget, Danielle et Cuillerier, Gilles (dir.), 2002, *Agir en attendant : profil et trajectoire des personnes en attente de services au Centre André-Boudreau*, Saint-Jérôme, Centre André-Boudreau.
- Gottheil, E.; McLellan A.; Druley. K.A. (1981). *Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse*. Springfield, Ed. Thomas.
- Haggerty, J.L. (1994). Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counseling des buveurs à risque in *Guide Canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa, Santé-Canada, pp.556-568.
- Miller, W.R. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches :Effective alternatives*. Pergamon Ed..
- MSSS, (1998) : *Travaillons ensemble, pour mieux aider et protéger les enfants, les jeunes et leur famille*, Québec, Gouvernement du Québec
- Pattison, E.M.; Sobell, M.B.; Sobell, L.C. (1977). *Emerging Concepts of alcohol Dependence*. NY Springer Ed.
- Ranking, J.G.; Ashley, M.J. (1992). Alcohol-related Problems . Dans Last, J.M. et Wallace, R.B.; *Public Health and preventive medicine*, 13 th ed. Capter 43. PP :741-769

Renaud, Sophie et Cuillerier, Gilles (2003). *Les hospitalisations des résidents des Laurentides qui présentent un diagnostic relié à l'usage et l'abus de psychotropes*. Service de recherche du Centre André-Boudreau.

Single, E. (1999). *Profil canadien : L'alcool, le tabac et les autres drogues*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies. Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario.

Tremblay, R, Wener, A. et Savard, M. (1996). *Programme de formation à l'intervention de première ligne auprès des adultes que la consommation d'alcool, de médicaments ou d'autres drogues mis en situation de risque*. Direction de la formation et de l'adaptation de la main d'œuvre, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Viens, Lebeau et Sirois (1996). *L'intervention précoce de première ligne en toxicomanie dans les CLSC du Québec*. MSSS. Comité aviseur sur la recherche et l'évaluation de la toxicomanie.

Notes des auteurs

Cette recherche a reçu un support financier de l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux des Laurentides.

Remerciements à Mme Andrée Lamoureux et à M. François Berthiaume pour leur aide lors de la rédaction de cet article.