

MEM
629

SOUTENU

Le 2 avril 2004 à Montréal

ENAP

L'ÉVALUATION DES EFFETS DU PROGRAMME
DE DEUXIÈME CYCLE EN TOXICOMANIE DE
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION PUBLIQUE

MAP : B : MESURE ET ÉVALUATION DE PROGRAMME

PAR

CHRYSYTIAN ROUSSELLE



Mars 2004

Merci à mes parents

*En reconnaissance
des valeurs d'apprentissage et de persévérance qu'ils m'ont inculquées.*

*À Jocelyne, B. pour son encouragement,
pour sa compréhension et pour les nombreuses
heures qu'elle m'a réservées
pour la rédaction de ce mémoire.*

Recu Juin 2004

REMERCIEMENTS

La longue marche vers la finalisation de ce mémoire s'est révélée, comme d'autres, bien ardue. Au cours de ce trajet, j'ai reçu l'aide ou le soutien d'un certain nombre de personnes sans lesquelles cette activité académique n'aurait pu être menée à terme. Je pense aux personnes qui m'ont donné de leur temps en entrevues ou en conseils. Parmi celles-ci, je mentionnerai d'abord M. Bachir Mazouz, professeur à l'École nationale d'administration publique, Madame Lise Roy directrice des programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, M. Jacques Lemaire, PhD. Biostatisticien au Centre de recherche de Hôpital Charles LeMoine et M. Elhaoussine Tahmi pour la révision linguistique.

Pour avoir accepté la tâche de la direction académique du mémoire, je remercie sincèrement le professeur Richard Marceau. Ses judicieux conseils et son soutien constant m'ont permis de mener à terme ce travail. Mes remerciements vont également au professeur Jean Turgeon pour avoir assumé la présidence du jury lors de la révision du mémoire.

À Montréal, mars 2004

Chrystian Rousselle

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES GRAPHIQUES	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XII
RÉSUMÉ.....	XIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
LA FORMATION DE DEUXIÈME CYCLE EN TOXICOMANIE	3
1.1 Historique.....	5
1.2 Le contexte politique des années '90 au Québec.....	7
1.3 Le rôle de l'intervenant	10
1.3.1 Un bon intervenant.....	11
1.3.2 Les fonctions de l'intervenant	12
1.3.3 L'appariement.....	13
1.3.4 Personnalité de l'intervenant.....	13
1.4 Les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane	14
1.4.1 La toxicomanie	15
1.4.2 Les traitements et la motivation	20
1.4.3 Les troubles mentaux.....	25
1.4.4 Une enquête terrain	28
CHAPITRE II	
PROCESSUS D'ÉVALUATION, MÉTHODOLOGIE ET DEVIS D'ÉVALUATION	31
2.1 Les conditions préalables	31
2.1.1 Un programme clairement articulé.....	31
2.1.2 Des objectifs et résultats clairement définis.....	32
2.1.3 Un lien logique	32
2.2 Le processus d'évaluation	32
2.2.1 Questions sur les intentions.....	35
2.2.2 Questions sur le programme et ses effets	38

2.3	Méthodologie.....	44
2.3.1	Stratégie de collectes de données.....	46
2.3.2	Critères d'inclusions et d'exclusions	49
2.3.3	Les variables	51
2.3.4	Critères de validité interne et externe	56
2.3.5	Instrument de mesure	57
2.3.6	Technique d'analyse de résultats	61
CHAPITRE III		
	L'ANALYSE DES RÉSULTATS	63
3.1	L'analyse descriptive des données socio - démographiques	63
3.1.1	L'analyse socio - démographique.....	63
3.1.2	L'importance et l'atteinte des objectifs.....	65
3.1.3	Le choix universitaire.....	70
3.2	Caractéristiques des données socio - démographiques.....	73
3.2.1	Les secteurs de provenance	73
3.2.2	Les catégories d'emploi.....	76
3.2.3	Le niveau d'emploi.....	79
3.2.4	Le revenu brut annuel.....	82
3.3	L'emploi et la relation avec le programme universitaire	86
3.3.1	Emploi lié au programme	86
3.3.2	L'emploi	88
3.3.3	La région administrative.....	90
3.3.4	Les perspectives d'avenir professionnel dans le domaine de la toxicomanie	91
3.3.5	Les exigences d'emploi dans le domaine de la toxicomanie.....	93
3.4	L'évaluation de la satisfaction en regard des programmes	95
3.5	Le niveau de satisfaction à l'égard du corps professoral	98
3.6	Autres attraits de la formation reçue	100
3.7	L'amélioration des compétences professionnelles	102

3.8	L'amélioration du savoir, du savoir - être et du savoir - faire des participants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane	105
3.8.1	L'amélioration du savoir	106
3.8.2	L'amélioration du savoir - être	109
3.8.3	L'amélioration du savoir - faire.....	112
3.9	L'amélioration du savoir, du savoir - être et du savoir - faire des participants envers les troubles de comorbidités.....	116
3.9.1	L'amélioration du savoir	117
3.9.2	L'amélioration du savoir - être	120
3.9.3	L'amélioration du savoir - faire.....	123
3.10	L'évaluation du questionnaire	126
CHAPITRE IV		
RECOMMANDATIONS		127
4.1	Le profil des personnes inscrites	127
4.2	Le savoir, savoir - être et savoir - faire des diplômés	128
4.3	L'effet net sur les conditions d'emplois.....	129
4.4	Le choix universitaire.....	129
4.5	Les objectifs atteints.....	130
CONCLUSION		131
APPENDICE A		
MODÈLE DE CAUSALITÉ.....		133
APPENDICE B		
PRÉSENTATION DES PROGRAMMES.....		135
APPENDICE C		
QUESTIONNAIRE ADRESSÉ À LA CLIENTÈLE DU FORUM MONDIAL EN TOXICOMANIE (SEPT. 2002).....		145
APPENDICE D		
DESCRIPTION DES COURS DU PROGRAMME DE DEUXIÈME CYCLE EN TOXICOMANIE.....		147
APPENDICE E		
SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS ET BILAN ÉVALUATIF		153

APPENDICE F	
QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU GROUPE EXPÉRIMENTAL	183
NOTE ET RÉFÉRENCE.....	212
Page de notes et références placées à la fin du mémoire	213
Références	217
Sites Web.....	224

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1	Les trois facteurs d'influence (Substance, individu et contexte).....	16
2	Devis : Quasi-expérimental : Prétest, post - test avec groupe - témoins non équivalent.....	45
3	Les trois concepts liés au savoir.	52
4	Organigramme : Cheminement conduisant à la maîtrise en intervention sociale.....	143
5	Organigramme : La maîtrise en intervention sociale avec une spécialité en toxicomanie.	144

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1	Critères de diagnostic de l'abus à une substance psychoactive.....	18
2	Critères de diagnostics de la dépendance à une substance psychoactive	19
3	Les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane.....	30
4	Un processus d'évaluation.....	34
5	Catégories et questions d'évaluation	35
6	Prévisions budgétaires des dépenses et revenus	41
7	Le cadre logique	50
8	Alpha de Cronbach : section 8 - 13	60
9	L'importance des objectifs des étudiants à l'égard de leurs programmes universitaires.....	66
10	L'atteinte des objectifs des étudiants à l'égard de leurs programmes universitaires.....	68
11	Le choix universitaire	71
12	Le secteur de provenance des participants en 1999 et en 2003.....	74
13	Catégorie d'emploi des participants en 1999 et 2003.....	77
14	Niveau d'emploi des participants en 1999 et 2003.....	80
15	Le revenu brut annuel des participants pour l'année 1999 et 2003.....	83
16	Emploi relié au programme de spécialisation.....	87
17	Comparaison de la situation d'emploi des participants 1999 – 2003.....	89
18	La région administrative liée à l'emploi des participants.....	90
19	Les perspectives d'avenir dans le domaine de la toxicomanie selon les participants.....	92
20	Les exigences pour l'emploi actuel vues par les participants au mois de juin 2003.	94
21	Évaluation de la satisfaction des participants à l'égard du programme universitaire suivi.	96
22	Évaluation de la satisfaction des participants à l'égard des enseignants.....	99

23	Autres attraits de la formation reçue par les participants	101
24	L'évaluation des compétences professionnelles des participants.....	103
25	Les indicateurs retenus pour les énoncés A à N des sections 8 à 10 du questionnaire.....	105
26	L'évaluation du <u>savoir</u> professionnel des participants	107
27	L'amélioration du <u>savoir - être</u> des participants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane	110
28	L'amélioration du <u>savoir - faire</u> des participants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.	113
29	Indicateurs retenus pour les troubles de comorbidités : section 11 à 13 du questionnaire.....	116
30	L'amélioration du savoir des participants à l'égard des troubles de comorbidité.	118
31	L'amélioration du savoir - être des participants à l'égard des troubles de comorbidité	121
32	L'amélioration du savoir - faire des participants à l'égard des troubles de comorbidité.	124
33	L'évaluation du questionnaire par les participants.....	126
34	Les activités du programme de deuxième cycle en toxicomanie.....	139
35	Les activités du microprogramme de deuxième cycle en toxicomanie	142

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphiques	Page
1 Répartition selon la provenance des participants	75
2 Répartition selon la catégorie d'emploi des participants en 1999 et 2003.....	78
3 Répartition selon le niveau d'emploi des participants	81
4 Répartition selon le revenu brut annuel des participants pour l'année 1999 et 2003	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

A.A.	Alcoolique anonyme
ANDC	Approche non directive créatrice
CEP	Commission des évaluations des programmes
CIMAP	Centre de Management et d'analyse de projet
CLSC	Centre local des services communautaires
CPLT	Comité permanent de la lutte à la toxicomanie
CRAM	Centre de relation d'aide de Montréal
CREPUQ	Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec
CVEP	Commission de vérification de l'évaluation de programme
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition
IOV	Indicateur objectivement vérifiable
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N.A.	Narcotique anonyme
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAE	Programme d'aide aux employés
RISQ	Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec
SIC	Substance, individu et contexte
SIDA	Syndrome immunitaire déficience acquise
UQAM	Université du Québec à Montréal
VIH	Virus de l'Immuno - déficience Humaine ou VIH (HIV en langage international).

RÉSUMÉ

Cette étude quasi-expérimentale de type comparative fournit les résultats de l'évaluation des effets du programme de 2e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke auprès des diplômés en milieu de travail. Ces finissants sont presque tous des intervenants actifs auprès de la nouvelle clientèle toxicomane suite à la désinstitutionnalisation partie du virage ambulatoire. La description du contexte de la désinstitutionnalisation, ainsi que les conséquences du virage ambulatoire auprès de la clientèle toxicomane ayant des troubles de comorbidité, et l'impuissance manifeste des intervenants auprès de cette nouvelle clientèle en centre de traitement, permettent de bien cerner la raison d'être du nouveau programme. La description du programme nous renseigne sur ces objectifs de départ et son analyse nous indique le degré de réalisation de ces objectifs. Cette étude nous a permis de répondre à notre question de départ que nous formulons comme suit : est-ce que les finissants du programme de 2e cycle en toxicomanie ont un meilleur savoir, savoir-être et savoir-faire pratiques, que les autres intervenants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane ?

Une étude quasi-expérimentale de type rétrospective nous a ainsi permis de valider nos hypothèses. Notre groupe expérimental est constitué de 22 finissants du programme de 2e cycle en toxicomanie, alors que notre groupe contrôle est représenté par 226 intervenants en toxicomanie. Ces derniers travaillent dans différents centres de traitement, mais sans avoir suivi le programme en question. Le même questionnaire fut remis aux participants des deux groupes. Ce qui nous a permis de recueillir des renseignements sur des sujets spécifiques, et de manière rétrospective.

L'analyse statistique des données permet de confirmer qu'il y a quelquefois une différence hautement significative entre les deux groupes, surtout lors d'interventions auprès de la clientèle ayant des troubles de comorbidité. Ainsi, les participants du groupe expérimental excelleront mieux que ceux du groupe contrôle dans leur pratique professionnelle en termes de savoir, savoir-être et savoir-faire, face à la nouvelle clientèle toxicomane. Nos résultats démontrent clairement l'efficacité du nouveau programme de deuxième cycle en toxicomanie offert par l'Université de Sherbrooke.

MOTS-CLÉS : Évaluation des effets, programme universitaire, toxicomanie, trouble de comorbidité.

INTRODUCTION

Cette étude porte sur l'évaluation des effets du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke auprès des diplômés. Ces finissants sont presque tous des intervenants actifs auprès de la nouvelle clientèle toxicomane issue de la désinstitutionnalisation dans le contexte du virage ambulatoire.

Nous décrirons la politique de la désinstitutionnalisation, ainsi que les conséquences du virage ambulatoire auprès de la clientèle toxicomane ayant des troubles de comorbidité, et l'impuissance manifeste des intervenants auprès de cette nouvelle clientèle toxicomane en centre de traitement. On prendra par ailleurs connaissance du profil biopsychosocial et biologique, tout en rapportant les nouvelles pratiques de consommation et les différentes approches de traitement. Nous soulignerons également la détérioration du réseau social affectant cette clientèle particulière.

Nous survolerons au préalable le contexte politique des années 1990 au Québec, contexte qui a favorisé l'émergence d'une nouvelle clientèle toxicomane dans les différents centres de traitement au Québec. L'évaluation des objectifs du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke nous servira à porter un jugement de valeur sur le degré d'atteinte desdits objectifs.

L'importance de connaître les extrants (à court terme) et les effets de ce nouveau programme en toxicomanie auprès des intervenants repose sur les faits suivants : 1) la demande, de plus en plus criante, des intervenants et professionnels en matière de toxicomanie, 2) les recommandations du CPLT (Comité permanent de la lutte à la toxicomanie) auprès du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux), 3) les constats faits par des équipes de recherche en toxicomanie, dont le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec) concernant l'évolution des nouvelles problématiques en toxicomanie

dans la société. Afin de connaître le véritable effet du programme de 2^e cycle en toxicomanie auprès des finissants, il importe de rejoindre ceux-ci dans leur milieu de travail et dans leur pratique professionnelle.

L'hypothèse générale de notre évaluation est que les diplômés des programmes de 2^e cycle en toxicomanie ont un meilleur savoir, savoir - être et savoir - faire, dans leur pratique professionnelle que les autres intervenants en toxicomanie. Nos trois variables dépendantes sont donc parties prenantes du concept des compétences. Ce que confirme la littérature, qui rapporte ainsi plusieurs définitions des compétences, comme en témoigne l'article bibliographique de Foucher et coll. (2003¹), qui cite la référence générale aux domaines du savoir, du savoir - être et du savoir - faire. Entre autres, on retrouve dans cet article une définition intéressante tirée du dictionnaire des ressources humaines (Perretti²) définissant quatre types de compétences :

La compétence rassemble trois types de savoir : un savoir théorique, un savoir - faire (expérience) et une dimension comportementale (savoir - être) mobilisés ou mobilisables qu'un salarié met en oeuvre pour mener à bien la mission qui lui est confiée. On distingue entre divers types de compétences (utilisées / utilisables, validées / potentielles, opérationnelles / personnelles...);

Compétence individuelle : savoir - faire opérationnel d'une personne, validé dans son activité ;

Compétences spécifiques : compétences techniques propres à un domaine, nécessaires pour exercer les activités qui constituent le noyau dur du domaine ;

Compétences transversales : compétences partagées avec d'autres domaines de compétences. Elles contribuent à faciliter la mobilité d'un domaine à l'autre ;

Compétent : se dit d'une personne capable de mobiliser les savoirs, savoir - faire et savoir - être nécessaires à l'accomplissement d'une activité ou à la maîtrise d'un poste.

¹ Foucher, R., Naji, A. et Petterson., N. Mai 2003. «Répertoire de définitions». *Notions de compétence individuelle et de compétence collective*. Université du Québec à Montréal, École des sciences de la gestion, cahiers de la chaire, collection Conférences, document de travail préliminaire, No. 0203-04, publication de la Chaire.

² Peretti, J-M. « s. d. ». *Dictionnaire des ressources humaines*. 2^e éd., Vuibert.

Dans une autre type de revue spécialisée en management, Meddeb B³ définit les compétences comme étant le produit d'interaction entre les connaissances formalisées (savoir), les habiletés développées par la pratique ou l'expérience (savoir - faire) et les attitudes personnelles (savoir - être et agir). Bordeleau Y⁴, quant à lui, fait référence à un programme de deuxième cycle en Conseil en management dont le but est de former des spécialistes de l'activité Conseil en management, spécialistes oeuvrant dans divers types d'organisations. Le programme vise le développement de trois aspects fondamentaux : 1) le savoir ie., la connaissance approfondie du processus d'intervention conseil, en toute connaissance de la réalité globale de l'organisation, 2) le savoir - faire, expression des compétences des étudiants à concevoir des modèles complexes d'intervention, leur capacité à devenir un agent de changement efficace et à établir des relations de confiance dans leur intervention organisationnelle, 3) le savoir - être, qui n'est autre que la capacité conceptuelle, le sens de l'éthique, et une certaine sensibilité aux besoins des clients. Genest et Nguyen⁵ soulignent de leur côté que les compétences proprement dites doivent faire le choix du chef de projet. Tous ces auteurs définissent les compétences comme étant le fruit de connaissances acquises, d'habiletés maîtrisées, et d'attitudes démontrées. Qu'il s'agisse du choix d'un gestionnaire, de compétences nécessaires à l'exercice du métier de gestionnaire ou d'objectifs de programme universitaire à monter, on constate que les auteurs font tous référence au savoir, savoir - faire et savoir - être pour définir la compétence. Ainsi, dans le cadre de notre étude, nous emprunterons la définition rapportée par M. Bordeleau Y., concernant le savoir, le savoir - faire et le savoir - être que doit développer un programme universitaire auprès de ses étudiants. Pour ce qui est des compétences, nous retenons plutôt la définition du dictionnaire des ressources humaines.

³ Meddeb, Brahim. Hiver 2003. «L'organisation du III^e millénaire». *Quelles compétences pour le manager*. Revue Organisations et territoires, Vol. 12, no. 1, p. 7

⁴ Bordeleau, Yvan. 1998. «Carrière de consultant, concepts et applications ». *Carrière de conseiller : prérequis, formation et perfectionnement*. Chap. 3, p. 128-129. 2^e édition, Montréal (Qué)1998 : Édition nouvelles AMS.

⁵ Genest, B. A., Nguyen, T.H. 2002. «Principes et techniques de la gestion de projet». *La dotation et l'encadrement*. Chap. 9, p. 126. 3^e édition, Laval (Qué) : Les éditions Sigma Delta enr.

Afin de valider cette hypothèse, nous utiliserons en partie le questionnaire qui a servi au rapport du comité interne d'évaluation périodique de l'ÉNAP⁶ auquel se sont ajoutées des questions liées aux troubles de comorbidité⁷. Le questionnaire ainsi produit met en perspective nos variables dépendantes référant au savoir, savoir - être et savoir - faire. Le groupe cible est composé de l'ensemble des diplômés. Le groupe témoin est composé d'intervenants en toxicomanie provenant du réseau de la santé, du réseau public et du réseau communautaire. Une analyse statistique par un test des différences de Matt et Withney corroboré par un test T sur la moyenne nous indiquera s'il y a effectivement eu amélioration du savoir, du savoir - être et du savoir - faire dans la pratique professionnelle des diplômés du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke.

⁶ Marceau, R. et coll. «*Rapport du comité interne d'évaluation périodique*». Évaluation périodique de la maîtrise en administration publique, option A, du diplôme en administration publique et du diplôme en administration internationale. Juin 1995.

⁷ Fédération québécoise des Centres de Réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. «*Les troubles concomitants, Santé Mentale et Toxicomanie, jeu excessif*». Questionnaire sondage, 21 février 2003.

CHAPITRE I

LA FORMATION DE DEUXIÈME CYCLE EN TOXICOMANIE

1.1 Historique

La réorganisation du système de services de santé et de services sociaux québécois au début des années 1990 s'est traduite par un transfert de responsabilités assumées jusque là par l'État vers d'autres acteurs sociaux, notamment les personnes malades, leurs proches et le secteur communautaire. Partie prenante de ce transfert, le virage ambulatoire s'est traduit par une réduction de la durée de séjour à l'hôpital de plusieurs types de clientèle, dont la clientèle toxicomane souffrant aussi de troubles mentaux. Le transfert de cette clientèle particulière vers la communauté eut pour conséquence l'augmentation des soins à domicile dispensés par des proches et des intervenants des CLSC, des organismes communautaires et des firmes privées ou publiques.

Cette étude nous ramène donc au début des années 1990, à l'époque du virage ambulatoire qui allait marquer l'impuissance et le manque de formation des intervenants en toxicomanie à intervenir adéquatement auprès de cette nouvelle clientèle toxicomane. Dans les faits, cette nouvelle clientèle, dirions-nous, présentait une dégradation psychosociale avancée, des problèmes de santé mentale, des troubles de désordre de la personnalité selon le (DSM-IV⁸), certaines personnes ayant été victimes de violence et d'abus, d'autres vivant un mental suicidaire ou ayant fait jusque là plusieurs tentatives.

⁸DSM-IV. 1996. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*. 4^e édition. Masson (Paris), American Psychiatric Association. 1056 pages.

Tous ces constats et caractéristiques ont joué un rôle majeur dans l'élaboration du premier programme de 2^e cycle en toxicomanie offert par l'Université de Sherbrooke en 1995. Ce nouveau programme avait pour objectif de fournir des outils nécessaires aux plans théorique, méthodologique et pratique aux intervenants et dirigeants du domaine de la toxicomanie, dans le contexte du virage préventif et de l'intervention dite de milieu (Voir le modèle causal, appendice A, p. 134).

Conséquence de ces nouvelles caractéristiques de la clientèle toxicomane, les intervenants se retrouvaient donc avec un manque flagrant de savoir, de savoir - être et de savoir - faire dans leur pratique professionnelle. L'Université de Sherbrooke qui se trouve pionnière en matière de formation universitaire par son certificat en toxicomanie fut très sensible à cette nouvelle problématique que rencontraient les intervenants. Le département de la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke dut alors planifier et élaborer un programme de formation de 2^e cycle en toxicomanie afin de répondre aux besoins des personnes oeuvrant dans ce domaine.

Ainsi, après avoir constaté la pertinence de la mise en oeuvre d'un tel programme en matière de toxicomanie, et afin d'améliorer les compétences des intervenants, des praticiens et des directeurs oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie, l'Université de Sherbrooke commence ses travaux d'élaboration du programme aux alentours de l'année 1995. Ce n'est que quatre ans plus tard, soit en janvier 1999, que les premiers étudiants et étudiantes débiteront leurs tout premiers cours.

La section qui suit fera état des intentions et des faits qui ont prévalu à la naissance des programmes de 2^e cycle en toxicomanie objet de notre évaluation. La raison d'être, la clientèle cible, les cibles et les objectifs du programme, ainsi que les objectifs personnels des étudiants et étudiantes, sont autant de composantes qui vont orienter la présente évaluation, tout en définissant le choix des variables d'intérêts du programme.

1.2 Le contexte politique des années ' 90 au Québec

Cette étude ne peut se faire sans la mise en contexte de l'émergence des troubles de comorbidité en matière de toxicomanie au Québec, de 1990 à la création du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke (1995). De fait, le processus de *désinstitutionnalisation* et le *virage ambulatoire* allaient donner un nouveau corps aux pratiques des intervenants auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes.

Le terme «*désinstitutionnalisation*» est défini par l'Office de la langue française du Québec comme étant : la conception du traitement des maladies mentales, basée sur un changement des rapports entre les personnes handicapées et la société, et sa mise en pratique par l'abandon du recours à l'hospitalisation traditionnelle dans tous les cas possibles et par l'utilisation de services communautaires de soins et de réadaptation, soit pour remplacer le traitement hospitalier, soit pour en assurer le suivi⁹.

Afin de connaître de façon plus approfondie la situation qui a prévalu à l'élaboration du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, nous avons consulté différentes sources de littérature, desquelles plusieurs études rapportent une corrélation directe entre la pratique désinstitutionnelle et la nouvelle clientèle toxicomane des centres de traitement. Entre autres, l'étude de Thierry Webanck¹⁰ (janvier - février 2002), criminologue à l'Institut Pinel, qui corrobore cette politique de désinstitutionnalisation. En fait, Webanck observait que, depuis 1996, la tendance était de transférer le type de clientèle (santé mentale / toxicomanie / violence) dans les centres de thérapie conventionnels pour toxicomanes ou autres organismes communautaires, la raison de ces transferts étant la réduction des services hospitaliers engendrée par les coupures budgétaires en milieu hospitalier. Webanck mentionne que le type de danger de cette pratique était le manque de formation du personnel oeuvrant dans

⁹ Office de la langue française du Québec. 2003. www.dictionnaire.com/officequebec

¹⁰ WEBANCK, Thierry. janvier-février 2002. *L'intervention clinique auprès des prévenus atteints de problèmes de santé mentale*. www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence

le secteur communautaire. Dans une étude plus récente, Mueser, Drake & Noordsy (1998)¹¹ nous apprennent que près de 50% des personnes souffrant de graves troubles mentaux présentent également un problème de toxicomanie. Dans ce sens, l'étude faite par le RISQ¹² (groupe de recherche sur les substances psychoactives) brosse l'évolution du profil biopsychosocial de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy - Montréal, entre 1991 et 1995. Par ailleurs, on apprend qu'un influent Comité a fait certaines études dont les conséquences l'ont amené à rédiger des avis au ministère de la Santé, concernant l'émergence des troubles concomitants en matière de toxicomanie depuis la désinstitutionalisation. Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) est rattaché au ministère de la Santé et des Services sociaux, et a comme mandat de procéder, chaque année, à l'analyse situationnelle qui prévaut au Québec dans le domaine de la toxicomanie. Ainsi, lors d'une étude réalisée de 1995 à 1996 sur la situation de la toxicomanie au Québec, le CPLT¹³ constatait, entre autres, que les problèmes de dépendance à plus d'une substance combinée étaient en hausse, et que cette dépendance était accompagnée de problèmes sociaux et psychologiques graves. De plus, la toxicomanie était de plus en plus souvent associée à d'autres problèmes tels que l'infection au VIH, les hépatites B et C, les troubles psychiatriques, les tentatives de suicide, la détresse psychologique et les démêlés avec la justice (clientèle actuelle que l'on retrouve en centre de réadaptation pour personnes alcooliques et / ou toxicomanes).

Lors de cette étude, le CPLT a soumis quelques recommandations dont la mise en place de programmes de réduction des méfaits, programmes s'inscrivant dans une approche globale des problèmes de toxicomanie, et la nécessité de programmes de formation continue et de transfert des connaissances entre les intervenants.

¹¹ MUESER, K.T., DRAKE, R.E. & NORDSY, D.L. 1998. «Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders». *Journal of practical psychiatric and behavioural health*. 4: 129-139.

¹² LANDRY, Michel et al. Mars 1997. «Évolution du profil de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy - Montréal entre 1991 et 1995». Cahier de recherche. Québec.

¹³ CPLT. 1995-1996. «Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 199 -1996». Bibliothèque nationale du Canada et du Québec, deuxième trimestre 1999.

Dans ce sens, le CPLT¹⁴ a fait parvenir à Monsieur Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, les résultats d'une enquête menée auprès d'intervenants en toxicomanie, qui se résument en une prédominance marquée de la polytoxicomanie et en la constatation de cas de plus en plus fréquents de problématiques multiples. L'enquête révélait que le profil social et psychologique des toxicomanes s'était particulièrement détérioré, et que les chances de rétablissement s'étaient affaiblies par le nombre et la gravité des symptômes. Par ailleurs, la présence de plus en plus importantes de représentants de sous-groupes (femmes, jeunes, personnes avec casier judiciaire, cas de santé mentale) est à souligner. Et pour finir, l'étude mentionnait que les intervenants en sont arrivés à demander une formation de qualité, afin de pouvoir mieux répondre aux besoins de cette nouvelle clientèle.

Enfin, une note importante du CPLT¹⁵ (1997) fut envoyée au ministre de la Santé et des Services sociaux, résumant les lacunes du système actuel en matière de toxicomanie. Cette note faisait mention d'un manque de ressources professionnelles intéressées à travailler avec cette nouvelle clientèle, d'un nombre limité d'intervenants disposant des connaissances de base, d'un nombre limité de milieux d'intervention acceptant de desservir cette clientèle, et enfin d'interventions ponctuelles s'inscrivant peu souvent dans une continuité de services.

À la suite de ces constats, le CPLT y allait des recommandations suivantes : sensibiliser et former le plus grand nombre possible de professionnels pour traiter cette nouvelle clientèle, et favoriser, dans tous les cas, le transfert des connaissances entre les différents intervenants.

¹⁴ CPLT. 1996. *«La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action»*. Rapport au Ministre de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque nationale du Canada et du Québec. Premier trimestre 1997.

¹⁵ CPLT. 1997. Avis sur *«La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale»*, document du CPLT.

Des différentes études citées, nous constatons que, suite à la politique de désinstitutionnalisation appliquée dans les centres psychiatriques, une partie de la clientèle présentant des troubles de comorbidité¹⁶ se retrouve dans les Centres communautaires, plus précisément dans les Centres de traitement en toxicomanie. En fait, le terme de comorbidité se rapporte aux années 1990 - 2000. Pratiquement, depuis deux ans, on parle de plus en plus de triple problématique voire de quadruple problématique. Ainsi en est-il, par exemple, d'une personne avec casier judiciaire, souffrant de troubles mentaux à tendance suicidaire, de consommation d'alcool et autres. La littérature définit ces troubles de comorbidité de différentes façons : double problématique, trouble concomitant, double diagnostic, etc... Actuellement, le terme le plus employé est celui de «multiple problématique». Dans le cadre de notre étude, nous continuons à utiliser le vocable «troubles de comorbidité».

En conclusion, nous constatons que les études arrivent aux mêmes résultats, à savoir que le nouveau profil des toxicomanes est tel que les intervenants et les gestionnaires des différents Centres de traitements se sentent impuissants dans leurs interventions auprès de ces nouveaux cas.

1.3 Le rôle de l'intervenant

En quoi cette venue de la nouvelle clientèle dans les différents Centres de traitement a-t-elle un impact sur les intervenants ? Pour bien répondre à cette question, il faut circonscrire le rôle que joue l'intervenant dans le devenir de la clientèle toxicomane en milieu thérapeutique. Ainsi, nous énumérerons ci-après les principales qualités d'un bon intervenant, ses principales fonctions, le concept de l'appariement dans le plan d'intervention, ainsi que la personnalité dudit intervenant. Précisons par ailleurs qu'il y a plusieurs termes rapportés en référence à un intervenant en toxicomanie. On parlera tout autant d'un conseiller en toxicomanie que d'un

¹⁶ Selon le DSM-IV, sur un plan technique et en termes de diagnostic, ces troubles se rapportent à une association de troubles mentaux et de troubles liés aux substances tels que définis par exemple à l'axe 1 et l'axe 2 du DSM-IV. Concrètement, les troubles de comorbidités se rapportent aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives.

(psycho) thérapeute, suivant les circonstances, ou encore d'un praticien en relation d'aide auprès de personnes toxicomanes. Dans le cadre de cette étude, nous retenons le vocable intervenant, parce que le plus connu des services en thérapie pour personnes toxicomanes.

1.3.1 Un bon intervenant

Le Centre de relation d'aide de Montréal (CRAM¹⁷) qualifie de bon intervenant celui qui, en plus d'avoir développé des aptitudes d'écoute et d'empathie, doit :

1. Être capable d'accueillir l'autre sans préjugé, faisant siennes les différences, les valeurs, et les difficultés rencontrées.
2. Être capable de vivre la relation avec son vis-à-vis et de déceler, à chaque instant, les déclencheurs, les émotions, les mécanismes de défense qui peuvent couper la relation, de saisir les processus de fonctionnement psychique de celui-ci, de déceler les transferts, et de saisir ses systèmes relationnels, entre autres.
3. Être capable, par des re-formulations pertinentes, de clarifier, refléter le fonctionnement de l'intéressé de manière à lui permettre de mieux se comprendre, et ainsi mieux se connaître.
4. Être en mesure de favoriser chez l'aidé l'acceptation de lui-même, prémisses au changement créateur.
5. Et être capable de connaître les mécanismes de la vie affective relationnelle pour être en relation véritable avec son client, et pour l'aider à résoudre ses difficultés relationnelles.

¹⁷Le Centre de Relation d'Aide de Montréal Inc. CRAM^{mc} est une institution de formation à l'approche non-directive créatrice (ANDC^{mc})

1.3.1 Les fonctions de l'intervenant

L'intervenant qui oeuvre auprès de la clientèle toxicomane se voit quotidiennement confronté à différents cas. Les cas correspondent généralement aux caractéristiques propres à une personne qui fait appel à un centre de traitement pour régler son problème de dépendance ou d'abus à une substance psychoactive, chaque cas étant différent de l'autre. Le passage de la consommation non problématique à la dépendance doit être perçu par l'intervenant comme un *continuum* dynamique et non une réalité irréversible, la source de la toxicomanie étant multiple.

Dans ce sens, l'intervenant qui applique une stratégie de traitement doit tenir compte de la spécificité de l'individu sous traitement, en particulier de son degré de gravité de la dépendance, et de l'existence d'autres problèmes pouvant y être associés. Les rôles de l'intervenant consistent à faire une évaluation globale de la personne, monter un plan de traitement approprié, faire des séances de consultation individualisées, et animer des groupes.

Le fait de pouvoir répondre aux besoins immédiats de la personne demeure une priorité pour l'intervenant. Par exemple, le plan de traitement d'une personne toxicomane vivant des troubles mentaux ne sera pas le même que celui de la personne toxicomane qui a subi l'inceste.

Ainsi, un traitement sera d'autant plus efficace que le client aura été bien évalué au départ, afin de recevoir un service de qualité, qui devra tenir compte, évidemment, de l'individu, de ses forces et du degré de gravité de son vécu. Il faut d'ores et déjà souligner **que l'intervenant doit autant que possible (éthique) émettre un plan de traitement approprié aux besoins de la personne, sans pour autant qu'il soit responsable de la réhabilitation de cette dernière**, car c'est à celle-ci qu'incombe la responsabilité de sa réhabilitation. Autrement dit, ce n'est pas l'intervenant qui fait la thérapie de son client; l'intervenant servant plutôt de guide dans le cheminement de celui-ci. Une autre tâche consiste à se mettre à niveau dans sa pratique professionnelle autant dans le savoir que dans le savoir-être et le savoir-faire.

En résumé, les principales tâches incombant aux intervenants en toxicomanie sont : l'acquisition des connaissances nécessaires à l'identification, l'évaluation, le traitement et la gestion des problèmes de toxicomanie et être en mesure d'établir une relation adéquate avec le (la) patient(e). Aussi, dans son approche en intervention, l'intervenant doit pouvoir

intégrer les connaissances sur la problématique du patient et savoir organiser sa pratique de façon conséquente. Au niveau professionnel, l'intervenant doit connaître et assumer ses responsabilités professionnelles, et être au fait de la recherche en toxicomanie en plus de pouvoir interpréter et utiliser les résultats de la recherche, et les intégrer à sa pratique. Finalement, il se doit d'être familier avec le concept de la promotion de la santé, et intégrer cette fonction à sa pratique professionnelle.

1.3.2 Appariement

Le choix d'un type d'intervention, ou d'un plan de traitement, associé aux problématiques de l'individu, ce que nous appelons appariement, est fondamental. Ce concept fait ressortir l'importance d'une bonne évaluation de l'individu et du montage d'un plan de traitement conséquent. Les besoins exprimés par le patient, et les demandes d'aide, forment une partie importante du processus d'évaluation et d'un appariement efficace. Dans le même ordre d'idées, évaluer de façon systémique le contexte social de l'intéressé, et faire participer, au besoin, sa famille et ses proches peut être aussi fort utile. Ce sont là autant de facteurs que l'intervenant doit prendre en compte, et qui font également partie de sa tâche.

1.3.3 Personnalité de l'intervenant

Comme individu, l'intervenant doit être apte psychologiquement, physiquement et moralement à remplir ses fonctions. Il n'y a pas que les aspects de la personne toxicomane qui doivent être pris en compte, mais aussi la personnalité de l'intervenant, dont sa capacité à intervenir adéquatement auprès de cette clientèle. Sur le plan psychologique, la connaissance de soi et l'absence de problèmes émotionnels en plus de posséder la capacité à réagir face aux comportements de contre-transfert et de transfert des patients et être capable de dépister les troubles mentaux sont essentielles pour l'intervenant, sinon ses lacunes peuvent interférer avec la thérapie appliquée. Par ailleurs, sur le plan du savoir, du savoir - être et du savoir - faire, l'intervenant doit posséder les connaissances nécessaires à la tâche afin de pouvoir les mettre

en pratique dans ses interventions auprès de sa clientèle, sans compter qu'il lui faut continuellement se mettre à jour et être à l'affût des nouveautés. Il lui faut également, établir un bon jugement dans l'évaluation de ses vis à vis sur les plans de traitement de façon à leur assurer un futur sain. Finalement, lors de la première rencontre avec son client, l'intervenant doit démontrer de l'empathie, avoir de l'écoute et être habile à établir un lien de confiance avec celui - ci.

Ainsi, les rôles et les buts de l'intervenant consistent à faire bénéficier la clientèle qui est sous sa «responsabilité» de ses connaissances et de ses compétences afin de lui assurer un service de qualité, i.e. que l'intervenant doit être en mesure de répondre de façon significative aux besoins immédiats de sa clientèle et de lui fournir un plan de traitement adéquat.

1.4 Les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane

Nous avons jugé bon de bien définir le phénomène de la toxicomanie ainsi que ses trois profils, nommément le profil socio - démographique et le profil socio - psychologique, ainsi que le profil bio-psychosocial généralement pris en compte pour l'évaluation de la nouvelle clientèle toxicomane. De plus, nous examinerons plus particulièrement les caractéristiques des profils formant la personnalité du toxicomane. Nous traiterons du rôle de l'intervenant, tout en faisant connaissance avec les différents Centres de traitement et les différents types de thérapie, afin de circonscrire le phénomène de la toxicomanie et de la polytoxicomanie. Nous visons à faire la distinction entre dépendance et abus, ainsi qu'à clarifier les différents types de consommation relevés auprès de cette nouvelle clientèle, et leur contexte d'usage. Nous aborderons les caractéristiques des différents troubles mentaux rencontrés chez la nouvelle clientèle. Nous décrirons, au passage, les étapes du changement, de « Prochaska and Diclemente » lors du processus thérapeutique, ainsi que les différents types de rémissions. En fait, toutes ces composantes peuvent être interreliées et avoir un impact considérable sur la rémission complète auprès de la clientèle, pendant et après le traitement.

De fait, c'est à partir de la complexité engendrée par les nouvelles caractéristiques des clientèles que les intervenants et les gestionnaires des Centres de traitement en matière de toxicomanie ont commencé à se sentir dépassés dans leurs modes d'intervention.

1.4.1 La toxicomanie

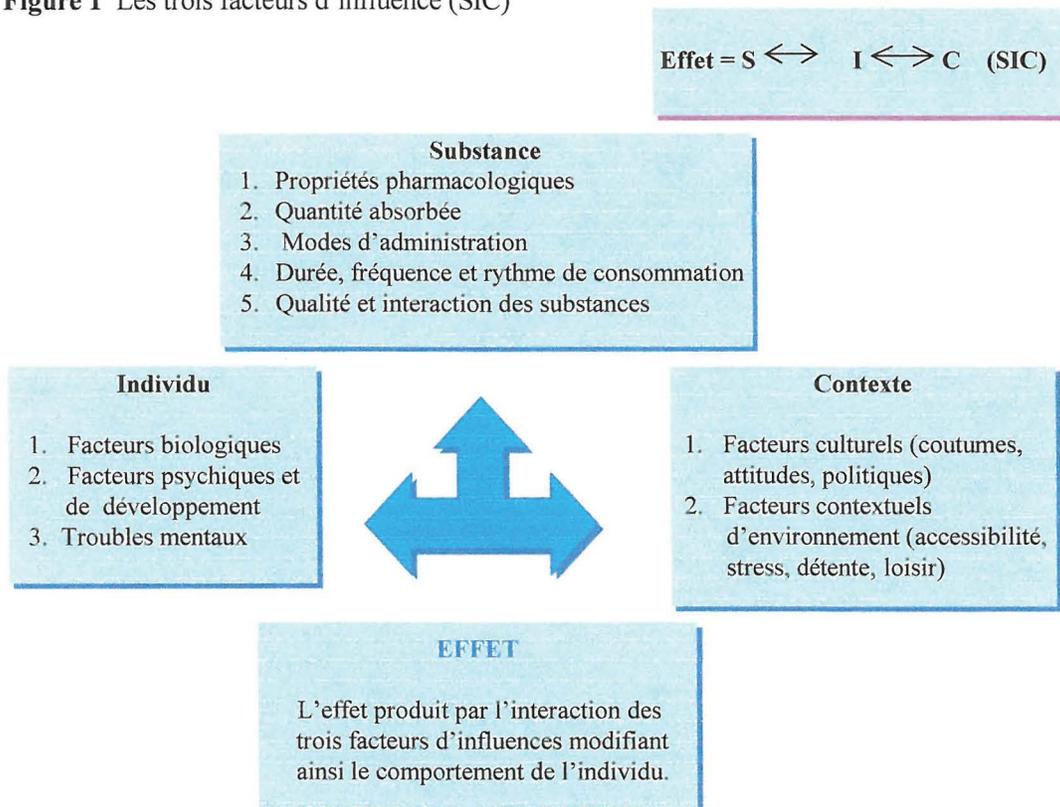
L'organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1993) définit la toxicomanie ou la pharmacodépendance comme suit :

« Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou de plusieurs drogues psychoactives¹⁸ devient hautement prioritaire. Les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la substance en cause et sa recherche permanente. Les facteurs déterminants de la pharmacodépendance (substance) et les problèmes qui en découlent peuvent être biologiques, psychologiques (individu) ou sociaux (contexte). » Ces trois facteurs d'influences (SIC) comportent habituellement une interaction» (figure 1).

La figure 1 illustre les trois facteurs d'influence (SIC) avec leurs composantes qui agissent de façon interactionnelle, afin de procurer un effet différent sur chaque consommateur.

¹⁸Lorsqu'on parle de substance psychoactive, on fait référence à des substances qui agissent sur le cerveau, comme l'alcool, le tabac, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne. L'usage de ces produits a pour effet de modifier l'activité mentale, les sensations et les comportements. Leur usage expose l'humain à des risques néfastes à la santé, et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne, sans parler du bien connu phénomène de dépendance. Enfin, rappelons qu'elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) d'une grande diversité selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.

Figure 1 Les trois facteurs d'influence (SIC)¹⁹



Lors de la prise de la substance, la personne recherche un effet, à savoir un sentiment de bien-être, procuré généralement par une consommation de choix i.e. de préférence (alcool, drogue, etc.). Selon le contexte d'usage et de l'état psychologique de la personne lors de la prise de la substance, l'effet engendré peut être différent de celui recherché initialement. Afin d'aider la personne toxicomane dans son cheminement thérapeutique, il importe donc de connaître l'historique de la consommation de la personne en traitement afin d'avoir un aperçu de l'évolution de ses trois facteurs d'influence. Ainsi, l'identification des caractéristiques de ces facteurs d'influence peut orienter l'intervenant dans l'élaboration d'un plan de traitement approprié.

¹⁹ Paré, Maryse, et Lise, Roy. 1997. «Recueil de texte TXM 135 ». *Théories des toxicomanies et modèles de consommations*. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine, Toxicomanie. P. 28

Au delà de cette définition du concept de toxicomanie et de personnalité toxicomane, il arrive qu'une personne soit adepte à plus d'une substance de consommation. Alors, on parle d'une personne polytoxicomane lorsque celle-ci fait usage continu de plusieurs substances par semaine. Par exemple, une personne cocaïnomane qui prend du valium pour trouver le sommeil ou encore du LSD avec de l'alcool. Étant donné qu'il y a trois catégories de substances, soit les dépresseurs (alcool, benzodiazépines : ativan, valium, etc.), les stimulants (cocaïne, amphétamines, etc.) et les hallucinogènes (LSD, PCP, mescaline, etc.), le fait de la multiplication des substances ne fait qu'accroître les dangers et les complications pour l'usager (plusieurs sevrages au cours de la même désintoxication) ou causer des difficultés à l'intervenant dans l'émission de ses plans de traitement : plan de traitement contre l'alcool, la cocaïne ou les médicaments ?

Un autre facteur qui ressort de l'étude de la nouvelle clientèle toxicomane est celui de l'abus. Le DSM-IV établit une distinction entre l'abus de substances psychoactives et la dépendance à des substances psychoactives. Cette distinction est importante dans la mesure où les objectifs et le type de traitement nécessaire diffèrent d'un type de diagnostic à l'autre. Ces personnes qui consomment abusivement sont souvent dénoncées par leurs pairs ou leur employeur, ceux-ci voulant ainsi éviter à leurs proches d'en être contaminés. Il arrive aussi que ces personnes qui récidivent sont ceux-là même qui ont arrêté pour un certain temps leur médication prescrite, croyant que leur état psychologique s'était amélioré, et qui se sont mis alors à l'alcool et / ou aux drogues.

L'abus, ou l'usage abusif, est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche et lointain. Les risques liés à l'abus tiennent à la dangerosité spécifique de la substance, en l'occurrence aux dommages pour la santé, et aux conséquences sociales de la consommation (tableau 1). On parlera de dépendance lorsqu'on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques ou psychologiques et que la vie quotidienne tourne largement ou exclusivement autour de la recherche et de la prise de la substance (tableau 2).

Encore faut-il préciser que la motivation aux traitements thérapeutiques est loin d'être la même parmi les patients. D'où l'importance de la différence qu'il y a lieu de faire entre la dépendance et l'abus chez la personne toxicomane.

Le tableau qui suit rassemble les critères de diagnostics de l'abus à la consommation de substance. Ces critères sont tirés du DSM-IV (Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders).

Tableau 1

Critères de diagnostic de l'abus à une substance psychoactive selon le DSM IV²⁰

Mode d'utilisation inadaptée d'une substance menant à un dysfonctionnement significatif sur le plan clinique qui se manifeste par au moins une ou plus des manifestations suivantes survenues au cours des derniers 12 mois.

1. L'utilisation récurrente de la substance jusqu'à un échec à remplir son rôle envers ses obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
2. L'utilisation récurrente de la substance dans des situations dangereuses sur le plan physique.
3. L'utilisation récurrente de la substance reliée à des problèmes légaux.
4. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance d'un problème social ou interpersonnel persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé, par l'utilisation de cette substance.

* Ces symptômes n'ont jamais rencontré les critères de dépendance ni de sevrage.

Ce tableau illustre les caractéristiques d'une personne qui abuse d'une substance psychoactive. En fait, si cette personne répond à un seul des critères ci-dessus énumérés, le diagnostic d'abus lui est tout de même attribué.

Concrètement, ce type de diagnostic se retrouve chez une personne référée par le programme d'aide aux employés (PAE) pour différentes raisons telles un retard d'arrivée les lundis matin, ou encore une odeur d'alcool d'après déjeuner. Le PAE exigera alors de son client une abstinence complète de consommation, faute de quoi son emploi pourrait être remis en cause. La personne qui ne tombe sous aucun des critères diagnostics de dépendance veut habituellement continuer à consommer de façon sociale, même s'il est généralement contraint

²⁰ *Idem.* P. 5.

par son employeur de s'abstenir de toute consommation. Dans la majorité des cas, l'employé sera soumis à des tests de dépistage. Suivant les tests à différents types de consommation, on arrive à détecter s'il y a eu prise d'alcool après cinq jours d'arrêt, de cinq à sept jours pour la cocaïne et jusqu'à un mois pour la marijuana. La problématique qui se pose ici est d'ordre éthique et de conflit organisationnel, car l'intervenant doit répondre aux besoins de la personne et non aux besoins de l'employeur. D'autre part, si l'intervenant ne répond pas aux besoins de l'employeur, le Centre de traitement peut perdre un client potentiel (PAE), car celui-ci paye environ 3 000\$ par employé, et ainsi s'attirer des réprimandes de son supérieur (la plupart des intervenants dans les Centres de traitement ne sont pas syndiqués). Ce n'est là qu'un aperçu des problèmes que représente la notion d'abus pour les intervenants et les gestionnaires. Le tableau qui suit rassemble les critères de diagnostics de dépendance à la consommation de substance. Ces critères sont tirés du DSM-IV (Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders).

Tableau 2

Critères de diagnostics de la dépendance à une substance psychoactive selon le DSM IV

Mode d'utilisation inadaptée d'une substance menant à un dysfonctionnement significatif sur le plan clinique qui se manifeste par au moins trois (ou plus) des manifestations suivantes survenues au cours des derniers 12 mois :

Tolérance manifestée par une des deux caractéristiques suivantes :

- A) Besoin de plus grandes quantités de la substance toxique pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
- B) Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose.

Sevrage manifesté selon une des deux caractéristiques suivantes :

- A) Le syndrome caractéristique de sevrage.
- B) La substance est prise dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- C) Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
- D) Désir persistant de la substance ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation.
- E) Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance ou récupérer de ses effets.
- F) D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisir sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- G) Poursuite de la consommation de la substance malgré la connaissance de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents qui ont été causés ou exacerbés par cette substance.

Spécifier si : avec dépendance physiologique, il y a présence du critère 1 ou 2

Si 3 critères ou plus sur 7 = diagnostic de dépendance.

Le tableau ci-dessus définit la personne comme étant dépendante à partir du moment où celle-ci possède au moins trois des caractéristiques rapportées. La personne peut aussi être

diagnostiquée dépendante physiologique si elle possède les critères 1 ou 2 du DSM-IV. Comme on peut le constater, les critères d'abus diffèrent des critères de dépendance.

1.4.2 Les traitements et la motivation

Le profil social de la nouvelle clientèle toxicomane qui arrive en traitement est souvent cauchemardesque. On y trouve des personnes qui ont de la difficulté à se loger, d'autres qui n'ont jamais suivi les traitements qui leur ont été prescrits, ceux qui souffrent d'isolement et de troubles sociaux, des jeunes femmes enceintes qui ont été battues, violées et / ou victimes d'inceste. Plusieurs d'entre elles sont aux prises avec des problèmes hygiéniques et de santé ainsi que judiciaires incluant le tribunal de la jeunesse. En plus de planifier un plan de traitement approprié, l'intervenant doit orienter son client vers les ressources appropriées une fois sa thérapie terminée. Cependant, c'est la responsabilité du client, une fois sorti de thérapie, de mettre en pratique les recommandations de son intervenant.

Modèle de thérapie

Actuellement, il existe quatre écoles de pensée différentes, ou modèles de thérapies différents pour venir en aide à cette clientèle particulière. À titre d'exemple, pour certains, ce n'est pas la consommation qui est le problème, mais l'environnement ou le réseau social de la personne qui est la cause du problème manifeste chez la personne toxicomane.

Comme première école de pensée, on trouve le modèle médical traditionnel qui s'appuie sur l'hypothèse de la prédisposition physiologique, et qui prêche pour l'abstinence totale comme but ultime et inévitable de l'intervention. Dans ce contexte, la dépendance aux substances doit être soignée comme telle, et non comme conséquence de psychopathologies internes. L'essence de l'intervention consiste alors à amener la personne à adopter un mode de vie basé sur l'abstinence, et les causes à l'origine de la surconsommation deviennent secondaires. À titre d'exemple, les A.A. (Alcooliques anonymes) et la Maison Jean Lapointe dont l'approche thérapeutique est basée sur la philosophie des 12 étapes des A.A.

La deuxième école se trouve être le modèle de l'apprentissage social (psychosocial). Cette conception met l'accent sur les contingences de l'environnement personnel et social qui ont façonné et maintenu la conduite toxicomane. Ce modèle prend en considération l'aspect psychosocial de la personne à certains niveaux dont les antécédents affectifs et familiaux, son mode de relations interpersonnelles, et ses aptitudes personnelles. Il se dégage principalement du modèle que la toxicomanie est une conduite apprise par la personne, et qui peut donc être modifiée (le boire contrôlé). Comme exemple : le Centre Dollard Cormier, Le Virage.

Le modèle de la réduction des méfaits est une autre école de pensée. Cette pratique vise à atténuer les conséquences négatives de la consommation chez la personne en question. Exemples : traitement à la méthadone pour les usagers d'héroïne, échanges de seringues pour la réduction des maladies associées au VIH-SIDA. Actuellement, il y a un programme expérimental qui doit être mis en oeuvre sous peu dans la région de Montréal, soit celui d'une piquerie supervisée; ce programme est inspiré du programme étatisé de Lausanne en Suisse.

Finalement, il y a le modèle de services intégrés (biopsychosocial). Ce modèle tient compte des différents facteurs (substance, santé mentale, psychosociologie et biologie) touchant la personne en question. L'approche joue alors aux niveaux social, comportemental, familial, psychologique et spirituel. Le seul Centre de traitement qui offre ce service à Montréal est un Centre privé qui facture plus de 7 000\$ le traitement, généralement d'une durée de quatre à cinq semaines.

Les Centres de traitements

Il faut aussi noter la multitude de Centres de traitements. Certains offrent la thérapie interne (trois à quatre semaines), et d'autres la thérapie externe (une rencontre / semaine) invitant la personne à vivre son rétablissement dans son milieu naturel, ou encore en milieu de communauté thérapeutique (6 mois à l'interne). Ce lot est partagé entre des Centres privés (le client paie en moyenne 3 000\$), les Centres publics (gouvernemental et gratuit, assistance

sociale), les Centres semi-privés / semi-publics qui regroupent les deux types de services, et enfin les organismes communautaires (subvention gouvernementale, services gratuits).

Fait à noter, il y a de moins en moins de Centres de traitement à caractère privé et d'organismes communautaires, car le ministère de la Santé et des Services sociaux a prescrit des normes afin que les établissements soient «accrédités» et correspondent aux exigences du «Centre de réhabilitation», comme défini par le ministère. Ainsi, les Centres de traitements accrédités pour personne toxicomane reçoivent un certain montant d'argent sous forme de subvention afin de venir en aide aux personnes les plus démunies. Il va de soi que lorsque les P.A.E. recherchent un Centre pour y référer un de leur client, ils privilégient plutôt les Centres de traitement accrédités.

Modèles de motivation de Prochaska et Diclemente

Un autre facteur déterminant dont les intervenants doivent tenir compte lorsque la personne toxicomane se présente en traitement est celui de la motivation. Prochaska et Diclemente ²¹ (1982) ont élaboré un modèle de motivation en toxicomanie, un modèle tiré de la théorie de la transformation ou modèle des étapes de changement.

Les étapes du changement correspondent à une technique assez récente qui permet de mieux comprendre comment l'adulte arrête de consommer. Cette théorie veut que le changement d'un comportement dangereux pour la santé, comme l'usage de l'alcool, est un processus cyclique, le changement de comportement passant par une série de cinq étapes qui se répètent jusqu'à ce que le comportement soit changé. Ci après les cinq étapes du changement:

²¹ Prochaska et Diclemente. 1982. *Modèle des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance*. D'après J.O. Prochaska et al., Am Psychol. 47 :1102 - 1114.

À l'étape de la précontemplation, la personne n'envisage pas sérieusement de changer son comportement. Elle se présente au traitement mais sans la volonté réelle de changer, car elle ne lui vient pas à l'esprit qu'elle puisse avoir un problème. Pour elle, le problème ne peut être perçu que par l'autre. Par exemple : ordre de la cour, évitement d'un divorce, possibilité de perte d'emploi. La personne n'y va que par obligation (facteurs extrinsèques). La deuxième étape, dite contemplation, se manifeste lorsque la personne prend conscience du danger de son comportement et envisage sérieusement de le changer, tout en vivant une certaine ambivalence. Elle a la volonté de changer et de ne pas changer à la fois. Par exemple : la personne commence à regarder les conséquences négatives de sa consommation versus les avantages de continuer à consommer (facteurs extrinsèques et intrinsèques). L'action est la troisième étape du processus. C'est à ce moment que la personne perçoit qu'il y a plus d'avantages à cesser de consommer que de continuer. La personne essaie de changer son comportement, et commence à faire des efforts dans son processus de réhabilitation (facteurs intrinsèques). Impliquée dans son propre traitement, la personne se fixe des objectifs, et agit (facteurs intrinsèques). La quatrième étape, définie par le maintien, indique que la personne poursuit le changement amorcé à l'étape de l'action, et son défi ne se limite pas à l'arrêt de consommation mais plutôt atteindre la sobriété. Son but est alors de poursuivre les efforts (fréquenter les ressources appropriées), de préserver ses acquis et d'éviter les rechutes (facteurs extrinsèques et intrinsèques). La cinquième et dernière étape, la rechute, signifie que la personne abandonne son traitement et retourne à la consommation. Alors, inévitablement, la personne revient à sa problématique de départ.

Auparavant, la personne qui venait en traitement passait d'une étape à l'autre, finissant par passer à l'action. Tout se faisait donc sur un continuum tel que décrit par le modèle de Prochaska et Diclemente. Aujourd'hui, avec la venue de la nouvelle clientèle, celle-ci peut passer de l'étape de la précontemplation à celle du maintien dans la même journée, et revenir à une autre étape deux jours plus tard, et cela, tout au long de son traitement. Ces observations parviennent de consultations d'équipe des intervenants dont la Maison Jean Lapointe. Cette situation d'instabilité est souvent manifeste chez les personnes ayant des troubles de personnalité de type limite.

Enfin, ceci dresse un portrait généralisé des caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane. Il est important de comprendre qu'un individu donné ne possède pas toutes ces dites caractéristiques dans leur intégralité mais bien que chaque personne possède ses propres caractéristiques. En bref, soulignons que ce type de clientèle constitue un peu plus de 80% des cas de l'ensemble de la clientèle des différents centres de traitement en toxicomanie.

Rémission

Un autre concept clé de la toxicomanie est celui de la rémission. On entend par rémission l'intervalle de temps écoulé depuis l'arrêt de la consommation, période au cours de laquelle on ne remarque aucun phénomène de dépendance ou d'abus. Le calcul de la rémission est basé sur une période de 12 mois, car les premiers 12 mois qui suivent la cessation de la consommation constituent une période à risque élevé de rechute. Cette période est nommée «rémission hâtive». Après que les 12 mois de la rémission hâtive soient passés sans rechute, la personne entre dans la phase dite de «rémission soutenue». Autant pour l'une ou l'autre des rémissions, on parlera véritablement de rémission dans le seul cas où aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été rencontré durant la période en question. On parlera de rémission partielle dans le cas où un ou deux (mais pas plus) des critères de dépendance continue(nt) à se manifester de façon intermittente ou continue pendant cette période de rémission.

Il est donc important de comprendre les différents types de rémissions possibles suite au programme de traitement thérapeutique que la personne toxicomane reçoit à des fins de réhabilitation. Les quatre types de rémission possibles dépendent en vérité du cheminement personnel de chaque individu lorsqu'il quitte un Centre de traitement ou a terminé un suivi thérapeutique quelconque. Premièrement, on peut parler de rémission hâtive complète lorsque aucun critère de dépendance (DSM-IV) ou d'abus ne s'est manifesté pendant au moins un mois, mais sans dépasser toutefois les 12 mois. Deuxièmement, la rémission hâtive partielle possède les mêmes caractéristiques, sauf que la dépendance n'a pas totalement disparu, et qu'un critère ou plus – mais pas tous – peut encore exister. Pour ce qui est de l'abus, aucun des

critères n'est rencontré, même s'il y a rechute. La troisième type, la rémission soutenue complète se présente lorsqu'aucun des critères de dépendance ou d'abus ne s'est manifesté ou n'a été rencontré pendant une période d'au moins 12 mois. Enfin, la rémission soutenue partielle est constatée lorsque certains critères de dépendance continuent de se manifester, mais pas tous, et ce, sur une période de 12 mois ou plus.

1.4.3 Les troubles mentaux

Nous avons mentionné les différents types de rémission des personnes toxicomanes ainsi que les différentes approches thérapeutiques et les types de Centres de traitement qui viennent en aide aux personnes dites toxicomanes. Afin d'affiner un peu plus la problématique, voyons maintenant d'un peu plus près les troubles mentaux associés à la nouvelle clientèle toxicomane. La pertinence de décrire les différents troubles mentaux diagnostiqués chez la nouvelle clientèle toxicomane réside dans le fait que cette clientèle particulière fait à plus de 80 % la clientèle totale des Centres de traitement selon une recherche effectuée par le CPLT²².

Les principaux troubles mentaux qu'on retrouve chez la nouvelle clientèle toxicomane sont ceux présentés à l'axe 1 et 2 du DSM-IV (Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders). Le DSM-IV permet d'avoir un langage commun international pour ce qui est des critères des maladies mentales, ce qui en fait un modèle global de diagnostic permettant de formuler de façon biopsychosociale l'état d'un individu. Ainsi, en axe 1 sont rapportés les troubles psychiatriques ainsi que leurs caractéristiques, à l'exemple de: schizophrénie paranoïde, trouble panique, dépendance aux psychotropes. En axe 2, on retrouve les troubles de désordre de la personnalité ainsi que les caractéristiques associées à ces troubles, à l'exemple de: trouble de personnalité limitée (limite), narcissique, anti-social, etc...

²² CPLT. Août 1997. Avis : *sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il faut se rappeler qu'aucun des troubles de santé mentale ne constitue en soi un trouble de comorbidité. C'est plutôt lorsque ces troubles sont jumelés avec une autre problématique (comme l'alcool) que l'expression prend tout son sens.

Parmi les troubles psychotiques associés à l'axe 1 du DSM-IV, il y a d'abord la schizophrénie qui se définit comme une maladie se manifestant par des troubles de la pensée, des affects et du comportement. Ces troubles de la pensée peuvent conduire à des mauvaises interprétations de la réalité, à des idées délirantes et à des hallucinations. L'affect de la personne atteinte peut être ambivalent, rétracté, inapproprié, et celle-ci peut avoir des comportements régressifs et bizarres. On constate différents types de schizophrénie: désorganisé, catatonique, paranoïde, etc. Un autre trouble psychotique rencontré en Centre de traitement est celui des troubles thymiques. Ces troubles sont des maladies caractérisées par un trouble de l'humeur. Par exemple : troubles bipolaires (maniaco-dépressif), dépression majeure, trouble anxieux. Finalement, il y a d'autres troubles comme les troubles sexuels (paraphilies, dysfonctions sexuelles) et les troubles du sommeil.

Cinq troubles de personnalité sont le plus souvent diagnostiqués dans les Centres de traitement répondant à l'axe 2 du DSM-IV. Le Docteur Million T.²³ définit ces cinq principaux troubles de désordre de la personnalité comme suit. Le premier, le trouble de personnalité narcissique, se traduit par une personnalité arrogante, s'écartant des règles conventionnelles et sociales de la vie, les trouvant naïves et inapplicables à son statut. La personne est peu soucieuse de l'intégrité personnelle et est indifférente aux droits des autres. Elle exploite, et affiche peu d'empathie, s'attendant et se sentant en droit de recevoir les faveurs et attentions des autres, et ce, sans réciprocité. La personne considère les autres pour acquis et utilise autrui pour se mettre en valeur et pour répondre à ses propres besoins, sans en éprouver de honte. Concernant le trouble de la personnalité limite, celui-ci présente un degré d'énergie sans suite

²³ Million T. Ph.D., Dsc. 1992. *Toward a new personology*. Institute for Advanced Studies in Personology & Psychopathology International Center.

avec des explosions impulsives et imprévisibles. Par ses changements abrupts et endogènes de l'humeur et du contrôle, l'équilibre est en danger de rupture constant, et la personne se comporte de façon contrariante, manipulatrice et inconsistante, provoquant de facto le rejet plus que le support, et vivant la crainte de séparation et de solitude de façon colérique et autodestructive. L'autre trouble de la personnalité rencontré dans les Centres de traitements prend le titre de personnalité antisociale. Celle-ci se définit comme une personnalité impulsive, irrépressible, avec un comportement agissant spontanément et précipitamment, de façon instantanée et insouciante. La personne est imprudente et inconsidérée, imprévisible et imprévoyante, et sans considération pour les alternatives et les conséquences. De nature irresponsable, peu fiable, elle démontre une incapacité, intentionnelle ou non, à rencontrer ses obligations personnelles. Elle n'a aucun respect des lois et des codes sociaux, et agit de façon illégale et frauduleuse. Quant au trouble de la personnalité histrionique, le Dr. Million la définit comme une personne constamment en quête de stimulation, et à la recherche d'attention. Elle est intolérante face à l'inactivité, et réagit en impulsivement de façon extrême et théâtrale. Elle a un penchant pour l'excitation momentanée et les aventures rapides. Elle recherche activement les compliments, et manipule les autres dans le but d'obtenir une réassurance, l'attention et l'approbation. Elle fait preuve de victimisation, de dramatisation et de séduction. Finalement, le Dr. Million définit la personne atteinte du trouble de la personnalité schizoïde comme étant de nature léthargique, peu énergique marquée d'absence de vitalité; ce type de personnalité apparaît dans un état de fatigue. Elle dégage une froideur, est peu expressive, a peu de relations, et passe souvent inaperçue. Distante, elle semble éloignée et indifférente aux actions et aux sentiments d'autrui, et porte peu d'intérêt aux autres.

On peut facilement s'imaginer les difficultés que les Centres de traitement internes rencontrent lorsque leur clientèle est composée de plus de 80% de cas de comorbidité, soit 20 à 40 personnes en résidence permanente. Selon diverses études ainsi que les propos tenus par les intervenants et gestionnaires, il appert qu'une seule personne présentant un trouble de désordre de personnalité de type limite suffirait à déstabiliser tout le Centre de traitement.

1.4.4 Une enquête terrain

Une enquête terrain auprès des dirigeants et des intervenants de différents Centres de traitement de la région de Montréal lors du Forum Mondial en toxicomanie (sept. 2002) s'est avérée riche d'enseignements. Cette enquête avait pour but de recueillir les différentes caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane. Il en est ressorti que près de 28 nouvelles caractéristiques composent cette nouvelle clientèle, autant de variables qui viennent s'ajouter aux troubles de toxicomanie (comorbidité).

C'est à partir d'un échantillon non probabiliste de type «accidentel» que l'enquête a permis de recueillir les statistiques de la nouvelle clientèle toxicomane. Selon B. Gauthier²⁴, *«les échantillons accidentels sont sans doute de tous les échantillons non probabilistes ceux qui offrent le moins de garantie»*. L'échantillon était composé de 60 personnes travaillant dans le domaine de la toxicomanie. Les personnes furent choisies au hasard, à leur passage au kiosque d'information de l'Université de Sherbrooke lors du Forum Mondial 2002 de toxicomanie qui eut lieu au Palais des Congrès de Montréal en septembre 2002. Les personnes étaient libres de répondre à deux questions :

1. *Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane depuis la désinstitutionnalisation dans le contexte du virage ambulatoire?*
2. *Est-ce que ces caractéristiques présentent des difficultés pour les intervenants dans leur travail?*

Cet échantillon nous a tout de même permis de tâter le pouls de différents intervenants oeuvrant auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. Aussi, on peut prétendre que la population totale de la clientèle lors de ce Forum est presque entièrement composée de gens qui gravitent, de près ou de loin, dans le domaine de la toxicomanie. À partir d'une liste constituée de soixante-trois caractéristiques (Appendice C, P. 146), les personnes avaient à cocher la case

²⁴ Gauthier, B. (sous la dir.). 1998. «Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données». *L'échantillonnage*. Chap 8, p. 195. 3^e édition. Presses de l'Université du Québec.

correspondant à la nouvelle caractéristique en réponse à la première question, et à répondre par « oui » ou par « non » à la deuxième question.

Il est bon de connaître les caractéristiques de la nouvelle clientèle, car celles-ci sont une des raisons de la mise en œuvre du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. D'ailleurs, ce sont ces nouvelles caractéristiques auxquelles sont confrontés les intervenants, et qui leur causent tant de difficultés à assurer un service adéquat auprès de cette nouvelle clientèle toxicomane. Les intervenants se trouvent autant affectés par ces nouveaux cas que les gestionnaires des Centres de traitements qui ont dû revoir leur structure clinique, élaborer de nouveaux projets et mettre en place de nouveaux programmes. L'analyse des données a permis de dresser un tableau présentant les nouvelles caractéristiques de la clientèle cible (en caractères gras dans le tableau 3). À la suite de ces constats, nous sommes aujourd'hui en mesure de mieux comprendre la pertinence d'un tel programme de 2^e cycle en toxicomanie comme celui mis de l'avant par l'Université de Sherbrooke.

Tableau 3

Les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane

Sexe :	Masculin, féminin, gai, transsexuel
Âge :	18 à 25 ans ; 26 à 30 ans ; 31 à 40 ans ; 41 à 50 ans ; 51 à 60 ans et 61 et +.
Ethnie (culturel)	Québécois, Français, Italien, Anglais, Américain, Autres.
Nombres de thérapies antérieures	Aucune ; 1 à 3 ; 4 à 7 et 8 et +.
Suicidaire	Oui ou Non
Antécédents psychologiques	Oui ou Non
Antécédents psychiatriques	Oui ou Non
Antécédents médicaux	VIH-SIDA , Hépatite, Cirrhose, Pancréatite , Ulcère, Autres.
Troubles de personnalités	Limite, Narcissique, Antisocial, Histrionique, Schizoïde, Thimiques, autre.
Consommations	Alcool, Cocaïne, Héroïne, Marijuana, Médicaments, Polytoxicomanie, autres.
Problématiques	Dépendance ou Abus
Source de Motivation	Précontemplation, contemplation, action, maintien et rechute.
Judiciarisé	Oui ou Non
Réseau social	Oui ou non
Source de revenu illicite.	Criminalité, Prostitution, Violence, Délinquance, Pédophile, Trafiquant.
Modèle de thérapie	Maladie, Psychosocial, Réduction des méfaits (méthadone) , Biopsychosocial,
Travail	Temps plein, temps partiel, ass. Emploi, Sécurité du revenu, Sans revenu, Autres.
Type d'emploi	Professionnel, Autonome, Salarié.
Revenu	- de 20 000\$; 20 000 \$ à 29 999 \$; 30 000 \$ à 39 999 \$; 40 000 \$ à 49 999 \$, 50 000 \$ à 59 999 \$ et 60 000 \$ et +.
État matrimonial	Marié, conjoint de fait, divorcé, séparé, monoparental, célibataire, veuf.
Scolarité	Secondaire, Professionnel, Cégep, Universitaire.

Fait à noter, avant cette nouvelle ère de polytoxicomanie et de troubles de comorbidité, les intervenants avaient comme formation de base, soit : une formation assurée par le Centre dans lequel ils oeuvraient et / ou ils étaient eux-mêmes alcooliques et / ou toxicomanes abstinents, ou encore titulaires d'un certificat universitaire en toxicomanie ou autres.

CHAPITRE 11

PROCESSUS D'ÉVALUATION, MÉTHODOLOGIE ET DEVIS D'ÉVALUATION

2.1 Les conditions préalables

Il existe des conditions préalables à toute évaluation de programmes. Dans cette section, nous présentons les trois conditions préalables qui devraient être remplies dans le programme qui fait l'objet de l'évaluation.

L'évaluation des effets est normalement perçue comme un processus d'évaluation de l'efficacité, du rendement et des objectifs d'un programme en particulier. Une telle perspective suppose, cependant, l'existence d'un programme évaluable qui satisfait à certaines conditions préalables : 1) un programme clairement articulé; 2) des objectifs ou des résultats clairement définis; 3) un lien logique entre le programme et les objectifs et / ou les résultats. Normalement, ces trois conditions doivent être élaborées dans un document, document qui nous a été soumis et que nous avons bien vérifié. Ce document définit au préalable le programme de deuxième cycle en toxicomanie.

2.1.1 Un programme clairement articulé

Dans ce cas - ci, l'articulation du programme de 2^o cycle en toxicomanie révèle la nature exacte du service offert. Aussi, l'articulation et la vérification des activités vont permettre de lier les résultats obtenus aux particularités et aux activités du programme. À cet

égard, la collecte des données sur l'exécution du programme va aider à vérifier si les éléments particuliers du programme se sont avérés efficaces.

2.1.2 Des objectifs et résultats clairement définis

Dans la conceptualisation du programme de 2^e cycle, les objectifs ont été énoncés en termes généraux, de façon qualitative, mais suffisamment bien articulés pour être mesurables. On peut ainsi supposer que la note de passage des examens et l'obtention du diplôme par l'étudiant constituent la meilleure des preuves que les objectifs du programme ont bien été assimilés par l'étudiant. Il peut y avoir des indicateurs objectivement vérifiables (IOV) qui ne sont pas énoncés, et que le programme poursuit, à savoir le nombre d'inscriptions nécessaires pour une activité donnée, le nombre d'étudiants qui terminent ledit programme ou le microprogramme, le taux de diplomation, le nombre d'abandons, autant d'IOV à atteindre pour assurer la survie du programme.

2.1.3 Un lien logique

Le programme permet d'établir des liens entre la raison d'être du programme, la problématique de départ, les objectifs à atteindre par l'entremise de différentes activités dont le produit est mesurable, et de comparer les résultats aux objectifs. Afin de mieux expliquer ce lien logique, nous avons utilisé un modèle logique axé sur les résultats. Ainsi, on peut déduire que le contenu du programme remplit les trois conditions nécessaires permettant de bien structurer la méthode d'évaluation.

2.2 Le processus d'évaluation

Le facteur déterminant qui nous incite à utiliser le modèle logique réside dans sa capacité à illustrer adéquatement la séquence de résultats découlant des activités et des extrants. Il existe de nombreux styles de présentation de modèles logiques, tel que précisé par le Conseil

du Trésor²⁵ et qu'on peut retrouver sous différents formats de tableaux ou d'organigrammes. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux²⁶ fait état de la pertinence d'un tel modèle pour la planification d'une évaluation. Le modèle dont nous nous sommes inspirés est celui de Marceau, Otis et Simard²⁷ (1992) pour son aspect convivial, et du fait qu'il sied bien à notre type d'évaluation (tableau 4). Ce modèle permettra avant tout d'analyser le programme à partir d'une chaîne hiérarchique de résultats. Ainsi, pour chacun des objectifs sont précisés les critères de succès, suite à la définition des activités, des moyens et ressources mis en oeuvre dans le programme, et qui seront utilisés pour porter un jugement de valeur sur la performance du programme. Plus précisément, le modèle logique coordonnera la façon de présenter les composantes suivantes : la raison d'être, la clientèle, la cible, les objectifs spécifiques et généraux, la nature de l'intervention, les activités de production, les ressources investies, la production de biens et de services, les impacts et l'atteinte des objectifs, ainsi que les effets attendus ou espérés. Ces composantes seront décrites subséquemment.

De plus, à l'aide d'un guide de questions en 12 points (tableau 5), nous présenterons dans un ordre chronologique les actions engendrées par le programme. Cependant, les réponses aux questions 10, 11 et 12 de la grille ne constituant pas en soi la raison d'être de cette étude (évaluation des effets), nous y porterons une attention plutôt sommaire. Ce guide fait référence à un ensemble de questions qualifiées de «scientifiquement pertinentes», tel que mentionné par Marceau et coll. De fait, selon ces auteurs, «ces questions épousent la plupart des fondements économiques, mais également les catégories souvent utilisées en évaluation de programme²⁸». Cette grille permet d'établir un jugement solide sur le programme selon des critères rigoureux.

²⁵ Conseil du Trésor. Août 2001. *Guide d'élaboration des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR)*. Ministère du Québec. Québec.

²⁶ Gouvernement du Québec. 1998. *Cadre pratique pour l'évaluation de programmes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque nationale du Québec.

²⁷ Marceau, R., D. Otis et P. Simard. 1992. «Management Public». *La planification d'une évaluation de programme*. PUQ., p. 454 - 478.

²⁸ *Ibid.*, p. 453.

Tableau 4

Un processus d'évaluation

Raison d'être	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque de formation des intervenants auprès de la nouvelle clientèle toxicomane.
La clientèle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme cible les professionnels en exercice dans différents domaines, soit en santé, en éducation, en sécurité publique ainsi qu'un large éventail de praticiens des secteurs privé, public et communautaire.
La cible	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque de ressources professionnelles en matière d'intervention en toxicomanie.
L'objectif général	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que les professionnels du secteur de la toxicomanie acquièrent les outils nécessaires au plan théorique, méthodologique et pratique, afin d'intervenir en toxicomanie dans le contexte du virage préventif (désinstitutionnalisation) et de l'intervention dans le milieu.
Les objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à jour des connaissances et des concepts de base en toxicomanie, allant de la promotion de la santé à la réduction des méfaits; ▪ Approfondir des connaissances théoriques et pratiques, des habiletés spécifiques dans l'un des secteurs suivants de la toxicomanie : base générale, recherche, analyse et évaluation, éthique ou action politique; ▪ Appliquer les connaissances acquises dans le cadre de travaux ou de projets dirigés.
La nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer un programme universitaire de deuxième cycle en toxicomanie
Les ressources investies	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ressources humaines : les professeurs et chargés de cours, la secrétaire, la directrice, l'équipe de chercheurs. ▪ Les ressources matérielles : équipement bureautique, équipement informatique et logistique, locaux, livres et documents, bibliothèque, secrétariat. ▪ Les ressources monétaires : 73 714\$
Les activités de production	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de 2^e cycle en toxicomanie : deux blocs de spécialisation ▪ Microprogramme de 2^e cycle en toxicomanie quatre modules de spécialisation
Les extrants : Production de biens et de services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le taux de diplômés : diplôme, microprogramme et maîtrise; ▪ La connaissance du profil socioprofessionnel et sociodémographique des étudiants; ▪ Le résultat des objectifs personnels des étudiants avant leur inscription au programme ▪ Le pourcentage des objectifs personnels atteints; ▪ Le taux d'amélioration des compétences (intellectuelles, personnelles et interpersonnelles) des intervenants auprès de la nouvelle clientèle toxicomane; ▪ Le taux d'augmentation du salaire annuel des nouveaux diplômés; ▪ Le taux de satisfaction des étudiants à l'égard du programme de 2^e cycle; ▪ La description des employeurs, organisme public, communautaire ou privé;
Les effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les effets obtenus sont-ils significatifs auprès des étudiants qui ont suivi le programme de 2^e cycle en toxicomanie lors de leur pratique professionnelle? ▪ Quels sont les effets non émergents?
Atteinte des objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le programme a-t-il atteint ses objectifs?

Le tableau ci-après présente les catégories et les questions d'évaluation concernant 12 points précis.

Tableau 5

Catégories et questions d'évaluation²⁹

Catégories	Questions
I. Questions sur les intentions	1. Raison d'être 2. Cibles 3. Objectifs
II. Questions sur le programme et ses effets	
▪ L'effort consenti	4. Nature de l'intervention 5. Ressources investies 6. Activités de production
▪ Les effets	7. Extrants 8. Impacts
III. Questions d'évaluation proprement dite	9. Atteinte des objectifs 10. Rendement des ressources 11. Solutions de rechange 12. Valeur
IV. Conclusion.	13. Rapport final

2.2.1 Questions sur les intentions

Cette catégorie inclut trois questions sur les intentions du programme. En premier lieu, la raison d'être consistera à déterminer les motifs pour lesquels l'Université de Sherbrooke et son département de la Faculté de médecine ont choisi d'implanter un programme de 2^e cycle en toxicomanie. Deuxièmement, la connaissance de la cible permettra de définir la situation indésirable que l'on cherche à modifier par le programme, et troisièmement, la définition des objectifs éclairera l'état souhaité de la situation que l'on cherche à améliorer.

²⁹ *Ibid.*, P. 454.

La raison d'être

Le manque de formation concernant le savoir, le savoir - être et le savoir - faire des intervenants face à la nouvelle clientèle de la désinstitutionnalisation constitue la raison d'être du programme. Même si les intervenants possédaient les qualités intrinsèques pour intervenir (empathie, écoute active, etc.), ils finissaient par se sentir incompetents, impuissants, dépourvus et dépassés par les nouvelles caractéristiques du profil de cette clientèle. Résultats : remise en question de l'intervenant face à lui-même; sentiment d'échec dans ses fonctions; burn out; démission de ses fonctions; dérogation à l'éthique professionnel; etc. Ainsi, la venue du programme de 2^e cycle en matière de toxicomanie consistait à répondre aux besoins de ces intervenants.

Les cibles

Le programme cible le savoir, le savoir - faire et le savoir - être des professionnel(le)s en exercice dans différents domaines de la santé, de l'éducation, de la sécurité publique, ainsi qu'un large éventail de praticien(ne)s des secteurs privé, public et communautaire qui interviennent auprès des personnes toxicomanes. Plus spécifiquement, le programme de 2^e cycle en toxicomanie vise à outiller les professionnels afin de diminuer la situation indésirable qu'ils vivaient face aux nouvelles problématiques rencontrées auprès de la nouvelle clientèle toxicomane.

Les objectifs des programmes

Il est clair qu'il n'y a pas eu d'exercice visant à quantifier les objectifs à atteindre par les programmes. L'objectif général est que les étudiants acquièrent les outils nécessaires au plan théorique, méthodologique et pratique, afin d'intervenir en toxicomanie dans le contexte du virage préventif (désinstitutionnalisation) et de l'intervention dans le milieu. Toutefois, il y a bien des indicateurs objectivement vérifiables (IOV) qui sous-tendent le nombre

d'inscriptions nécessaires pour que telle activité ait lieu, ainsi que le nombre d'étudiants qui terminent le programme, le taux de diplomation, les résultats académiques ou encore le taux d'abandons. Conséquemment, ces IOV doivent avoir un minimum d'objectifs à atteindre afin d'assurer la survie du programme, même si certains de ces objectifs ne devaient pas être tous présents au départ, au moment de la mise sur pied du programme. De leur côté, les étudiants qui s'inscrivent dans une démarche volontaire s'attendent à recevoir l'encadrement et la formation nécessaires (savoir) afin de pouvoir intervenir de façon adéquate auprès de la nouvelle clientèle toxicomane, et être en mesure d'atteindre leurs objectifs individuels, donc, obtenir des gains réels. Outre la diplomation, les diplômés aspirent à une profession de carrière, une amélioration de leurs modes d'intervention (savoir - être et savoir - faire) et / ou de leurs compétences managérielles (gestionnaires), une reconnaissance dans leur pratique de la part de leur employeur. Ainsi, les résultats escomptés devraient, du moins, être quantifiables.

2.2.2 Questions sur le programme et ses effets

Cette catégorie est divisée en deux sous catégories, soit 1) l'effort consenti et 2) les effets du programme. L'effort consenti consiste à décrire la nature de l'intervention qui nous permettra de mieux connaître l'étendue du programme à évaluer, à faire le bilan des ressources investies (humaines, matérielles et financières), et à décrire les activités de production. Concernant la deuxième sous catégorie, les effets du programme font référence aux biens et services produits par les activités du programme (extrants), et à la connaissance des conséquences de l'intervention sur l'indésirable situation.

1. L'effort consenti (nature de l'intervention, ressources investies et activités de production)

Nature de l'intervention

L'Université de Sherbrooke offre, depuis fort longtemps, le certificat en toxicomanie, et cette initiative constituait une suite logique de sa part, cette université étant pionnière en la

matière. Par son programme de formation professionnelle, l'Université de Sherbrooke voulait augmenter le savoir, le savoir - être et le savoir - faire des intervenants et gestionnaires en matière de toxicomanie.

Suite à des *focus - group* réunissant des experts, des intervenants du milieu et autres professionnels en toxicomanie, les responsables du programme se sont trouvés aux prises avec une dynamique générée par trois tendances lors de la mise en oeuvre du programme (1995 - 1999) : la première tendance visait la création d'un diplôme de deuxième cycle de 30 crédits; la deuxième tendance concernait la création d'un microprogramme de 12 crédits et, finalement, la troisième tendance consistait à mettre sur pied une maîtrise en intervention sociale avec une spécialité en toxicomanie. Cette dernière tendance concerne la collaboration entre deux universités, à savoir l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec à Montréal. En fait, après avoir accumulé 12 crédits en matière de toxicomanie, l'étudiant peut orienter ses études vers l'Université du Québec, et ainsi avoir l'opportunité de faire une maîtrise en intervention sociale de 45 crédits (18 crédits USherb + 27 crédits UQAM). Un fait à noter : cette maîtrise ne conduit pas à un Ordre professionnel.

La mise en oeuvre de ce nouveau programme a provoqué plusieurs débats et des réunions des membres de l'équipe. Afin de mieux cerner le choix des cours et de leur contenu, la constitution de panels, la consultation d'experts et la formation de *focus groups* se sont avérées nécessaires, pour répondre aux besoins de la nouvelle clientèle d'étudiants. Ces séances de consultation ont aussi permis de mieux cerner l'évolution des nouvelles problématiques en matière de toxicomanie que rencontraient les intervenants auprès de la nouvelle clientèle toxicomane.

Le groupe d'experts était constitué de gens du milieu universitaire et du milieu professionnel oeuvrant en toxicomanie. Les conditions suivantes étaient retenues comme facteur d'inclusion : une représentativité de la variété de disciplines et d'universités chez les

universitaires; une représentativité des milieux cliniques et socio - communautaires, ainsi que d'intervenants hors région de Montréal qui constituaient le groupe de répondants professionnels. Comme facteur d'exclusion : le personnel enseignant et les responsables du certificat en toxicomanie, ainsi que tous les professeurs du Département de la santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Ressources investies :

Dans cette section, nous ferons le bilan des trois types de ressources investies dans le programme.

A. Les ressources humaines

Afin de réaliser l'étude des besoins, la planification, le choix des activités ainsi que la mise en oeuvre du programme, l'université s'était entourée d'un chercheur et d'une équipe d'experts. De plus, afin d'actualiser ses objectifs, l'Université de Sherbrooke a recruté des chargés de cours professionnels avec doctorat ou maîtrise, et comptant au moins dix années d'expérience. Au début du programme (janvier 1999), le département d'enseignement était constitué de deux professeurs et de neuf chargés de cours pour animer les activités de ce nouveau programme. Les participants aux activités du programme sont les personnes qui avaient été admises aux programmes, soit les étudiant (e) s. Tous les cours étaient offerts au campus de l'Université de Sherbrooke situé à Longueuil, au complexe St - Charles, et le régime des cours était à temps partiel, en raison de deux cours par session.

B. Les ressources matérielles

Afin de desservir sa clientèle, les responsables du programme ont eu à se pourvoir d'équipement de bureau et de logistique, d'informatique et de logiciel, d'un système de communication, et aussi de trouver des locaux, de se procurer des livres et des documents, de constituer une bibliothèque, de développer un secrétariat et de produire des recueils de textes.

C. Les ressources financières

La prévision des dépenses pour la première année (1999 - 2000) s'est élevée à près de 73 714\$, ce montant servant à défrayer les coûts ordinaires du programme, sans que n'y soient inclus la location des locaux et les frais périphériques, ni les salaires des responsables du programme, du secrétariat et autres frais inhérents au programme (frais déplacement, de repas, etc.). Le coût de l'encadrement pédagogique n'est pas non plus rapporté dans le tableau. Une seule source de revenus est mentionnée dans la prévision budgétaire, et elle totalise la somme de 114 950\$ provenant en partie de la croissance de la clientèle et de subventions du ministère de l'Éducation du Québec. Il semblerait ainsi y avoir d'autres sources de revenus comme les revenus prévus de frais hors campus, de droits administratifs divers, et d'autres. Ainsi, le programme en question fait envisager à l'Université de Sherbrooke des profits de l'ordre de 41 236\$ (tableau 6).

Tableau 6

Prévisions budgétaires des dépenses et revenus

Résumé des dépenses prévues
En dollars (\$)

1.	Coût annuel des nouveaux postes.	15 000\$
2.	Coût des cours en appoint ou des chargés et chargées de cours.	47 074\$
3.	Coût de l'encadrement pédagogique.	
4.	Coût de la gestion du programme.	6 000\$
5.	Coût des frais de déplacement.	2 140\$
6.	Coût des ressources matérielles.	3 500\$
TOTAL DES DÉPENSES PRÉVUES :		73 714\$

Résumé des revenus prévus
En dollars (\$)

1.	Revenus prévus de croissance de la clientèle (subv. MEQ).	114 950\$
2.	Revenus prévus de frais hors campus, de droits administratifs divers ou d'autres revenus	
TOTAL DES REVENUS PRÉVUS :		114 950\$
SURPLUS (DÉFICIT) DES REVENUS SUR LES DÉPENSES :		41 236\$

Les activités de production

Afin de déterminer les activités de production dispensées, nous avons jugé nécessaire de définir les activités (cours) du programme. Cette description des activités et de leurs buts est présentée de façon similaire à celle décrite dans le formulaire de «description des cours» du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke³⁰ (Appendice D., p.148).

2. Les effets

Les extrants

Cette étude permettra d'identifier les extrants qui sont les biens et les services produits par les activités du programme. Entre autres, on s'attend à y retrouver des indicateurs objectivement mesurables (IOV), comme le nombre de diplômés, le nombre d'inscriptions, le nombre de stages, le nombre d'abandons et autres données socio - démographiques. Sur le plan du travail et au niveau personnel, les extrants seront l'augmentation salariale des intervenants, et le pourcentage des objectifs personnels atteints. Par ailleurs, le niveau du savoir, du savoir - faire et du savoir - être des finissants qui sont nos variables dépendantes, permettra de connaître l'effet du programme envers les intervenants dans leur pratique professionnelle.

L'évaluation des effets du programme

Ce type d'évaluation permettra de mesurer l'efficacité du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, en termes d'amélioration du savoir, du savoir - faire et du savoir - être des diplômés dans leur pratique professionnelle face à la nouvelle clientèle toxicomane.

³⁰ Université de Sherbrooke. 1999. «Diplôme et microprogramme de 2e cycle en toxicomanie ». Faculté de médecine. Description des cours.

Nous prendrons également en compte les effets visés (ou non), et souhaités (ou non) dans la population cible et dans le milieu de travail. Aussi, en rejoignant les intervenants dans leur milieu de travail ainsi que sur le plan personnel, nous serons en mesure d'avoir une meilleure idée des effets produits par les programmes. Dans le cadre de cette évaluation, nous explorerons les services et les biens produits (extrants) par le programme, afin de connaître les relations qui existent entre les objectifs et la population ciblée par ce programme. **L'évaluation ne portera pas sur le «facteur de réussite» ou sur le «nombre de rechutes» de la clientèle.** Cette précision est importante, car l'intervenant n'est pas responsable du cheminement de son patient une fois sa thérapie terminée. Par exemple, lorsque sa thérapie à l'interne est terminée, le client se voit remettre un plan de sortie par son intervenant dans lequel il est inscrit plusieurs prescriptions, comme le nombre de participations à des réunions des groupes d'entraides anonymes (alcoolique anonyme A.A. , narcotique anonyme N.A. , cocaïne anonyme C.A.), les rendez-vous à prendre avec un médecin ou le suivi avec un psychologue. Cependant, le client est libre de suivre ses recommandations et au même titre, il est libre de retourner consommer ou de persévérer dans son cheminement de réhabilitation sociale. C'est le même processus pour une thérapie à l'externe, le client se voit remettre à chaque séance de consultation les travaux qu'il doit effectuer et remettre à son intervenant lors de la prochaine séance.

Cependant, il demeure important de souligner que les instances de l'Université de Sherbrooke s'assurent déjà que les normes d'évaluation, telles que définies par la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ), soient bien respectées. En fait, le comité d'évaluation de l'Université de Sherbrooke répond déjà à deux types d'évaluation prescrits par la (CREPUQ), soit l'évaluation périodique et continue.

L'évaluation périodique

L'évaluation périodique vise à répondre aux exigences de la Politique des établissements universitaires du Québec et des programmes administrés par la CREPUQ. Ce

type d'évaluation fait référence à un processus institutionnel décidé et supervisé par l'université. L'évaluation procède d'une vision stratégique du développement de l'institution et suppose une implication de toutes les composantes de l'organisation universitaire. Dans ce sens, l'évaluation périodique se distingue de tous les autres processus d'évaluation ponctuelle ou continue qui peuvent marquer la vie d'un programme.

L'évaluation continue

L'évaluation continue a pour but de permettre aux dirigeants du programme de s'ajuster adéquatement à l'évolution du programme, voire des exigences de la nouvelle clientèle. C'est grâce à ce type d'évaluation que l'étape pré - diagnostic peut être réalisée, ce qui, en retour, permet de cibler l'objet spécifique de l'évaluation périodique. D'ailleurs, la directrice du programme de 2^e cycle et du microprogramme en toxicomanie fait l'évaluation continue des enseignements. Elle collige régulièrement les données, ce qui lui permet d'effectuer une évaluation plus formative du fonctionnement des programmes.

Historiquement, la CREPUQ créa, en 1991, la Commission d'évaluation des programmes (CEP), afin de s'assurer que la conformité des politiques et procédures d'évaluation mises de l'avant par les universités, en rapport aux conditions et normes prescrites dans la «**Politique des établissements universitaires du Québec relative à l'évaluation périodique des programmes existants**» sera respectée. Cette politique fut adoptée par la CREPUQ en mars 1991 et révisée en décembre 1994. De fait, en février 1997, la Commission de vérification de l'évaluation des programmes (CVEP) faisait état, dans son rapport, de certains constats et recommandations, le sujet dudit rapport étant «l'évaluation périodique des programmes de l'Université de Sherbrooke³¹». En résumé, La Commission de vérification de l'évaluation des programmes considère que la «**Politique d'évaluation périodique des programmes de 1^e cycle**» et la «**Politique d'évaluation des programmes de 2^e et 3^e cycles**»,

³¹ Rapport de la Commission de vérification de l'évaluation des programmes. 25 février 1997. *L'évaluation périodique des programmes de l'Université de Sherbrooke.*

mises en place par l'Université de Sherbrooke, satisfont dans l'ensemble aux exigences de la **Politique des établissements universitaires du Québec relatives à l'évaluation périodique des programmes existants** et que la mise en oeuvre devrait permettre d'améliorer la qualité et la pertinence des programmes offerts par l'établissement.

Ainsi, l'Université de Sherbrooke, via son comité, s'assure de l'évaluation périodique de ses programmes, afin de maintenir et d'améliorer la *pertinence et la qualité* de la formation offerte aux étudiants et étudiantes; les responsables des programmes veillant à l'évaluation *continue*, dans le but de pouvoir réagir en tout temps dans l'évolution de leurs programmes.

À cet égard, l'évaluation en cours ne vise pas à doubler le rapport d'évaluation périodique ou continue de l'Université, même si certaines remarques peuvent être retenues. Ainsi, l'évaluation des effets servira à connaître les résultats découlant réellement de l'application du programme, c'est à dire de comparer la situation initiale à la situation finale. Et afin de connaître les extrants et les effets du programme, une méthodologie de travail fut élaborée.

2.3 Méthodologie

L'évaluation des effets du programme se fera par une étude comparative utilisant l'expérimentation invoquée vu qu'on ne peut manipuler la variable indépendante (programme) de notre étude³². Un devis de recherche quasi expérimental de type pré - test et post - test avec groupe témoin non aléatoire est utilisé à cette fin. Comme son nom l'indique, ce type d'étude possède un groupe témoin non - équivalent dans le sens de répartition aléatoire de sujets donc autrement qu'en créant un groupe contrôle par randomisation. Ce devis peut en conséquence affecter la validité interne et externe de notre étude. Afin de contrôler ces biais, nous avons eu recours à différentes stratégies que nous énumérons un peu plus loin.

³² Contandriopoulos, André-Pierre & all. 1990. «Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer». *Choix d'une stratégie de recherche*. Chap. 2, p. 37. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal. Québec.

Figure 2 Devis : Quasi - expérimental : Pré - test, post - test avec groupe témoins non équivalent.

Groupe expérimental (E)	01	X	02
<hr/>			
Groupe contrôle (C)	01		02
<hr/>			

X = Intervention du programme

01 = 1999

02 = 2003

Pour ce faire, deux groupes ont été créés, soit le groupe expérimental (E) composé de 22 finissants du programme de 2^e cycle en toxicomanie et le groupe contrôle (C) composé d'un échantillon de 226 intervenants travaillant dans différents centres de traitements en toxicomanie. Dans cette étude, notre défi consistait à trouver une population - témoin semblable à notre population expérimentale pour ce qui est de tous les facteurs qui peuvent influencer nos variables indépendantes. Afin de bien mesurer les effets du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, nous avons comparé les résultats de ceux ayant terminé le programme à ceux ne l'ayant pas suivi. Cet exercice fut réalisé grâce à un questionnaire administré aux deux groupes portant sur des facteurs d'intérêts passés en lien avec leur formation universitaire et leur pratique professionnelle en toxicomanie.

Par le biais de tests statistiques, tel que khi - deux, de Mann et Withney et du test T sur la moyenne, nous sommes en mesure de confirmer ou de réfuter nos hypothèses. Notre méthode permet d'évaluer de façon comparative l'effet des diverses facettes du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke dans le but de répondre à notre question de recherche. *Est - ce que les finissants du programme de 2^e cycle en toxicomanie ont une meilleure connaissance pratique que les autres intervenants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane dans leur pratique professionnelle ?* Dans la partie qui suit, nous énumérerons nos stratégies d'approche des données de recherche.

2.3.1 Stratégie de collectes de données

Notre échantillon, ou groupe expérimental, est constitué de 22 finissants du diplôme de 2^e cycle en toxicomanie, alors que le groupe contrôle est un ensemble d'intervenants (n = 226) en toxicomanie travaillant dans différents centres de traitement, mais sans avoir suivi le programme de 2^e cycle en toxicomanie. Les intervenants des deux groupes sont mixtes et ils proviennent de différentes régions administratives du Québec : Montréal, Laval, Laurentides, Montérégie et région de Québec.

Nous avons remis aux participants un questionnaire pour recueillir des renseignements supplémentaires sur des sujets spécifiques remontant dans le temps, donc de nature rétrospective. Cette décision repose sur le fait que le programme était nouveau et qu'il n'y avait pas eu de pré - test de fait jusque-là. Au départ, l'instrument de mesure choisi fut élaboré pour être utilisé auprès d'autres populations, ou dans des contextes très différents, mais concernait tout de même l'évaluation de programmes universitaires. Nous avons de plus considéré la nécessité d'adapter ce questionnaire aux besoins de la présente étude en y indexant une partie d'un autre questionnaire lié au domaine de la toxicomanie.

Dans le but d'obtenir les coordonnées des participants du groupe expérimental, nous les avons rejoints au début du mois de juin 2003 lors de la graduation des premiers finissants du programme de 2^e cycle en toxicomanie. Afin de constituer notre groupe de contrôle, nous avons dû avoir l'approbation des différents responsables de Centres de traitement en toxicomanie. Une fois l'approbation acquise, nous avons rejoint les intervenants en toxicomanie dans leur milieu de travail. Dans les deux cas, les participants ont été informés de la raison de l'étude, et qu'un questionnaire leur sera remis en temps et lieu. Par ailleurs, nous avons précisé aux participants que la présente évaluation concerne le savoir, le savoir - être et le savoir - faire dans leur pratique professionnelle à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane. Concrètement, le savoir, le savoir - être et le savoir - faire concernent la formation universitaire, ou autre, qu'ils ont suivie afin de travailler comme intervenant dans

le domaine de la toxicomanie. On leur alloua deux semaines pour répondre au questionnaire. Plusieurs participants des deux groupes ont souhaité recevoir le questionnaire via Internet, ce qui leur fut accordé. Au total, la distribution du questionnaire s'est faite plutôt par courrier électronique (courriel). En tout, 25 questionnaires furent distribués dont 17 via le courriel et 8 remis en mains propres aux participants du groupe expérimental.

La distribution du retour fut de 82,3 % (14) par courriel et de 100 % (8) en mains propres, soit un total de 22 retours de questionnaire sur 25 (88 %). Quant au groupe contrôle, il y eut 260 questionnaires distribués dont 198 via le courriel et 62 en mains propres. Le retour des questionnaires fut de 183 sur 198 via le courriel (92,4 %) et de 43 sur 62 (69,4 %) en mains propres, pour un total de 226 sur 260 (87 %). Ainsi, notre groupe expérimental est constitué d'un échantillon de 22 finissants, et notre groupe contrôle d'un échantillon de 226 intervenants. Il importe de souligner que le même questionnaire a été administré au groupe expérimental et au groupe contrôle.

Techniquement, nous avons utilisé l'outil de travail *Logical Framework Analysis* ou le cadre logique du projet (voir tableau 7, p 50). Cet instrument, lancé par le Centre de Management et d'Analyse de projet (CIMAP) a comme finalité d'identifier les buts et objectifs du programme en plus de planifier les intrants et extrants du programme. De plus, Genest et Nguyen³³ identifient cinq paramètres fondamentaux qui sont partis prenantes d'un projet, soit : le but, l'objectif, l'extrant, les activités et les intrants. D'ailleurs, le Secrétariat d'état du Canada³⁴ offre un guide de planification de cette méthode. Une de ses utilisations est l'apport des mesures visant à évaluer un programme. La philosophie de cet outil est la suivante :

³³ Genest, B. A., Nguyen, T.H. 2002. «Principes et techniques de la gestion de projet ». *L'intégration du changement*. Chap. 111, p. 40. 3^e éd. Laval (Qué). Les éditions Sigma Delta enr.

³⁴ Canada, Secrétariat d'état. 1983. *La méthode du cadre logique*. Guide de planification sur la méthode du cadre logique. Chap. 3, p 33 - 72. Ottawa,

«Si les ressources sont disponibles...

Alors les activités seront réalisées.

Si les activités sont réalisées...

Alors l'extrait sera produit.

Si l'extrait est réalisé...

Alors l'objectif spécifique du projet sera atteint

Si l'objectif spécifique du projet est atteint...

Alors il contribuera à l'atteinte de l'objectif global, le but»³⁵

Cette stratégie nous a permis de récolter plusieurs données descriptives permettant de dresser le profil des intervenants des deux groupes. Après avoir colligé les données et réalisé l'analyse des résultats, nous avons comparé les deux groupes sous différents aspects marquant leur formation reçue. De fait, les différentes hypothèses que nous avons eu à vérifier sont les suivantes :

1. Les finissants de 2^e cycle ont un meilleur savoir que les autres intervenants en toxicomanie à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.
2. Les finissants de 2^e cycle ont un meilleur savoir - être que les autres intervenants en toxicomanie à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.
3. Les finissants de 2^e cycle ont un meilleur savoir - faire que les autres intervenants en toxicomanie à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.
4. Les finissants de 2^e cycle ont un meilleur savoir que les autres intervenants en toxicomanie à l'égard de la clientèle toxicomane ayant des troubles de comorbidité.
5. Les finissants de 2^e cycle ont un meilleur savoir - être que les autres intervenants en toxicomanie à l'égard de la clientèle toxicomane ayant des troubles de comorbidité.
6. Les finissants de 2^e cycle ont un meilleur savoir - faire que les autres intervenants en toxicomanie à l'égard de la clientèle toxicomane ayant des troubles de comorbidité.

³⁵ Poulin, Yves. Mai 2002. «Recueil de texte ». *Gestion de projets, ENP-786*. École nationale d'administration publique. Maîtrise en administration publique. , p. 38.

Finalement, au delà de la vérification des hypothèses, cette étude nous a permis de dresser un profil sociodémographique des intervenants et de connaître dans quelle mesure leurs objectifs personnels ainsi que ceux envers le programme ont été atteints.

2.3.2 Critères d'inclusions et d'exclusions

Ces critères servent à bien définir l'échantillonnage de nos deux groupes afin qu'il soit aussi homogène que possible. L'importance d'identifier ces critères repose sur deux aspects : a) le fait que ces critères aient une influence directe sur l'objectivité de nos résultats, et b) que l'exercice statistique vise à éliminer les interactions entre les variables à l'étude et d'autres facteurs.

Les critères d'inclusion : tous les intervenants et les gestionnaires des différents Centres de traitement en toxicomanie dans la région de Montréal et en périphérie qui interviennent auprès de la clientèle toxicomane, d'une part, et les diplômés des programmes de 2^e cycle en toxicomanie, d'autre part.

Les critères d'exclusion : le personnel des Centres de services intégrés, du fait qu'ils aient sur place des spécialistes et des experts (psychologues, psychiatres, médecins, psychothérapeutes et thérapeutes).

Tableau 7
Le cadre logique du programme³⁶

	Description sommaire	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification
But Objectif global	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que les professionnels du secteur de la toxicomanie acquièrent les outils nécessaires au plan théorique, méthodologique et pratique, afin d'intervenir en toxicomanie dans le contexte du virage préventif et de l'intervention dans le milieu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le savoir, le savoir - faire et le savoir - être. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultat des questionnaires.
Objectifs Objectifs spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à jour des connaissances et des concepts de base en toxicomanie, allant de la promotion de la santé à la réduction des méfaits; ▪ Approfondir des connaissances théoriques et pratiques, des habiletés spécifiques dans l'un des secteurs de la toxicomanie; ▪ Appliquer les connaissances acquises dans le cadre de travaux ou de projets dirigés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réussite des cours ; ▪ La moyenne des cours. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Régistrare ; ▪ Professeur ; ▪ Faculté de médecine.
Extrants Résultats directs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation du savoir, du savoir - faire et du savoir - être des diplômés dans leur pratique professionnelle; ▪ Augmentation du salaire; ▪ Atteinte d'objectifs personnels. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de diplômés ; ▪ L'atteinte des objectifs; ▪ Questionnaires et entrevues. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La directrice du programme; ▪ Questionnaire.
Intrants - Activités - Ressources	Activités : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de 2^e cycle en toxicomanie et le microprogramme Ressources : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ressources humaines ; ▪ Les ressources matérielles ; ▪ Les ressources monétaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de candidats; ▪ Nombre d'enseignants; ▪ L'inventaire ; ▪ Les coûts liés au programme. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faculté de médecine; ▪ Plan de cours ; ▪ L'état financier ;

³⁶ Mazouz, Bachir. Octobre 2002. Professeur à l'École nationale d'administration publique. Université du Québec, Montréal.

2.3.3 Les variables

Dans cette section, nous décrirons les trois types de variables que sont les variables dépendantes, indépendantes et confondantes. Cette étape nous aidera dans le choix des variables de mesure visant à vérifier nos hypothèses.

Variables dépendantes

Les principales variables dépendantes sont celles que l'on retrouve dans les hypothèses, soit : le savoir, le savoir - être et le savoir - faire. Ces variables vont permettre d'évaluer l'effet des programmes de 2^e cycle sur les compétences professionnelles des intervenants et gestionnaires oeuvrant auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. Il nous faudra donc, avant d'opérationnaliser ces variables, les définir (figure 3, page 52). Pour ce faire, nous nous sommes inspirés des définitions de Bordeleau Y., telles que rapportées en introduction, et adaptées pour l'étude du programme de deuxième cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke.

Le savoir : cible la connaissance acquise et approfondie du processus d'intervention auprès de la nouvelle clientèle toxicomane, des nouvelles caractéristiques de cette clientèle toxicomane, la planification en toxicomanie et l'acquisition de connaissances à l'égard de la clientèle ayant des troubles de comorbidité.

Le savoir - faire : cible l'habileté à concevoir des modèles complexes d'intervention, l'habileté à être un intervenant efficace, l'habileté à établir des relations de confiance dans un contexte d'intervention auprès de la nouvelle clientèle toxicomane et l'habileté d'innover en matière de plan de traitement. Le savoir-faire, c'est aussi la capacité de faire servir ses connaissances à quelque chose, bref, d'accomplir une tâche. Nommer les propriétés d'une drogue, c'est, en soi, une connaissance. Savoir élaborer un plan de traitement efficace auprès

de la personne toxicomane, c'est une habileté. Les habiletés ne sont pas seulement manuelles, elles sont aussi intellectuelles.

Le savoir - être : cible les capacités conceptuelles générales, dont la capacité de percevoir une problématique, la capacité d'évaluer un individu face à sa problématique, la responsabilité en tant qu'intervenant ou de gestionnaire, le sens de l'éthique et la sensibilité aux besoins des clients. En fait, Cattell R. B.³⁷ définit l'attitude comme étant un trait appris qui détermine la façon dont l'individu réagira dans telle situation ou devant tel objet. C'est un état d'esprit face à une situation. Les attitudes sont d'abord spontanées et proviennent des sentiments et des émotions. Faire preuve d'empathie auprès d'une personne en crise, c'est une attitude.

Figure 3 Schéma permettant de visualiser les trois (3) concepts liés au domaine du savoir



À partir de ce schéma, nous avons opérationnalisé nos variables dépendantes en trois catégories avec leurs propres caractéristiques servant à déterminer les effets lors de différentes situations que l'intervenant ou le gestionnaire rencontre dans l'exercice de ses fonctions. À ce propos, les sections 8 à 13 du questionnaire font référence à ces trois concepts.

³⁷ Bouchard, S. et Morin P-C. (1997). «Introduction aux théories de la personnalité ». *Les théories fondées sur la notion de traits de personnalité*. Chap. 8, p. 200. 2^e édition. Édit. Morin, G. (Qué)

Les trois catégories :

1. **Savoir** : la première catégorie regroupe les connaissances acquises, telles que les nouvelles notions en toxicomanie, les différents types d'intervention et de traitement, les différentes approches auprès de la clientèle ayant des troubles de comorbidité.
2. **Savoir - faire** : cette deuxième catégorie correspond aux habiletés des intervenants à mettre en pratique un plan de traitement adéquat, la capacité d'entrer en relation avec le client, la capacité de mener une séance de consultation, etc.
3. **Savoir - être** : cette troisième catégorie rapporte les composantes d'attitude, telles que la compréhension de la problématique, la perception de la problématique, l'évaluation de la problématique, l'empathie, et la connaissance de soi.

Variables indépendantes

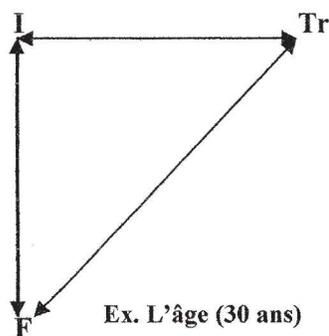
La principale variable indépendante se trouve être le programme de 2^e cycle en toxicomanie qui vise l'amélioration des compétences du savoir, savoir - faire et savoir - être des étudiants, car c'est cette variable dont on veut mesurer l'effet. Les principales caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane (tableau 3, page 30), sont aussi d'autres variables indépendantes dont on veut mesurer les effets. En fait, ces variables sont parties prenantes du programme, des variables que les intervenants n'intériorisaient pas facilement durant leur pratique.

Variables confondantes

On entend par variable confondante ou facteur de confusion, une variable qui peut être associée à la fois à une variable dépendante et à la variable indépendante, et cela de façon indépendante. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane sont des variables indépendantes du programme, et elles deviennent des variables confondantes pour la pratique professionnelle des intervenants. En fait, ces

caractéristiques sont celles auxquelles étaient confrontés les intervenants durant leur pratique professionnelle avant l'existence du programme de 2^e cycle en toxicomanie. Cependant, une mise en garde s'impose : s'il y a des variables qui ne sont pas identifiées par l'intervenant, celles-ci pourraient devenir des variables confondantes. Exemple : un intervenant identifie un problème de consommation auprès de son client mais sans identifier un trouble de personnalité quelconque. Alors, en plus de l'âge (variable confondante identifiée) s'ajouterait une autre variable confondante non identifiée (trouble de personnalité) qui viendrait modifier l'intervention thérapeutique. D'ailleurs, Hennekens C.³⁸ traite de cette particularité dans un de ses ouvrages. Nous présentons un exemple de l'effet d'une variable confondante.

Ici, l'âge de l'individu peut influencer sur la personne vivant un trouble de personnalité limite, ainsi que sur l'intervenant, et peut avoir des conséquences sur la qualité des services (traitements) reçus.



Personnalité limite et toxicomanie.

<p>Tr = Trouble de comorbidity</p> <p>I = Intervenant (savoir, savoir-faire et savoir-être)</p> <p>F = Facteur de confusion</p>

Par cet exemple, on veut démontrer que l'âge de la personne (30 ans) qui présente un trouble de comorbidity (limite et toxicomanie) a une influence sur le type de plan de traitement qui lui sera remis par son intervenant. Dans ce cas ci, l'âge influe sur les connaissances de l'intervenant et l'intensité du trouble de personnalité limite (variable confondante). Pour que cet exemple ait du sens, il est bon de noter que le trouble de désordre de personnalité limite est

³⁸ Buring, J. E., Hennekens, C. H. et Mayrent, S. L. 1998. «Épidémiologie en médecine». *Description et analyse des données épidémiologiques*. Chap. 3.12. , p. 307-309. Éditions Frison-Roche, (Paris).

à son maximum vers l'âge de 30 ans. Selon le Dr Joël Paris³⁹ qui travaille à l'Institut de psychiatrie communautaire et familial de l'Hôpital général juif, Sir Mortimer B. «Dans la majorité des cas de toutes les études, les symptômes de la personnalité limite diminuaient vers 40 ans». Dans une étude faite à Montréal en 1978, Gunderson⁴⁰ et Kroll⁴¹ constataient eux aussi que la plupart des patients n'avaient plus de symptômes aigus, et que 75% d'entre eux ne répondaient plus aux critères diagnostiques de la personnalité limite après 40 ans. Par ailleurs, d'après le guide des praticiens élaboré par le Dr. Evens Villeneuve⁴², psychiatre spécialisé dans le traitement des personnes à trouble de personnalité limite, on peut avancer l'hypothèse qu'un intervenant ayant une formation suffisante en matière de troubles de comorbidité peut contrer l'influence qu'a la personnalité limite auprès de celui-ci, et ainsi pouvoir encadrer suffisamment son client afin qu'il puisse bénéficier de son plan de traitement. On aurait très bien pu démontrer dans notre exemple que la variable confondante l'âge + un trouble de personnalité non perçu (autre variable confondante) par l'intervenant chez un client a un effet majeur sur le plan de traitement de ce dernier. En fait, l'âge et le sexe sont les deux variables confondantes les plus souvent prises en compte dans l'analyse des résultats. Il faut se rappeler que la toxicomanie est un phénomène complexe et non un phénomène linéaire de cause à effet. Donc, toutes variables indépendantes peuvent devenir des variables confondantes si elles ne sont pas préalablement identifiées par l'intervenant lors de son intervention.

³⁹ Paris, Joël. Automne 1994. *Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite*. Volume XIX, numéro 2, p. 117 à 130.

⁴⁰ Gunderson, Morley. 2003. CIBC Chair of Youth Employment, University of Toronto Professor, Centre for Industrial Relations and Dept. of Economics, Ph.D. Co-ordinator, Centre for Industrial Relations.

⁴¹ Kroll. Kroll Associates est une firme de Toronto spécialisée dans le domaine de l'aide à la décision, dans les problèmes de sécurité et de gestion du risque depuis plus de trente ans. www.krollworldwide.com

⁴² Dr. Villeneuve, Evens. Directeur médical de la Clinique Le Faubourg Saint-Jean. Service de traitement spécialisé pour les patients qui ont un trouble grave de personnalité limite.

2.3.4 Critères de validité interne et externe

Malgré le fait que le type de devis choisi soit déjà un bon moyen de contrer certains biais⁴³, comme : l'histoire, la maturation, l'accoutumance au test, la mortalité expérimentale, la sélection et la mesure des effets pour la validité interne. Par contre, pour la validité externe notre devis ne contrôle presque aucun biais. Nous sommes conscients qu'un tel devis se trouve confronté à certaines menaces de validité interne et externe. À cet égard, Gauthier et coll.⁴⁴ reconnaissent eux aussi certaines menaces aux validités internes et externes. Les auteurs rapportent cinq types de menaces associées à la validité interne : 1) l'état de la cible avant le facteur déclenchant, 2) les autres caractéristiques de la cible, 3) les changements dans l'environnement, 4) le passage du temps et 5) les méthodes de mesure. Concernant la menace à la validité externe, ils en dénombrent huit. 1) l'autosélection, 2) l'effet de contagion, 3) le contexte, 4) les conditions expérimentales, 5) les relations causales ambiguës, 6) la réactivité aux pré-tests, 7) le désir de plaire et 8) le biais de l'analyste.

Pour la validité interne, le fait que les répondants du groupe contrôle et ceux du groupe expérimental proviennent tous de différents centres de traitement en toxicomanie a permis de nous assurer qu'il y avait une certaine équivalence entre eux. Par ailleurs, les réponses des questions aux premières sections du questionnaire permettent d'identifier d'autres caractéristiques en lien avec l'équivalence des groupes. Parallèlement, le facteur temps fut bien circonscrit (1999 - 2003) et, à cet égard, une série de questions destinées aux répondants est incluse à la fin de notre questionnaire. De plus, le fait que la plupart des répondants aient répondu au questionnaire à la maison présente l'avantage que ceux-ci ont pu disposer de plus de temps pour y répondre. Ce qui n'aurait pas été le cas dans leur environnement de travail.

⁴³ Contandriopoulos, André-Pierre & all. 1990. «Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer». *Choix d'une stratégie de recherche*. Chap. 2, p. 50. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal. Québec.

⁴⁴ Gauthier, B. (sous la dir.). 1998. «Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données». *La théorie et le sens de la recherche*. Chap. 5, p. 151-154. 3^e édition. Presses de l'Université du Québec.

Finalement, nous nous sommes servis d'un seul instrument de mesure, et ainsi contrer le biais des méthodes de mesure.

En ce qui a trait à la validité externe, les répondants du groupe contrôle ont été recrutés dans différents centres de traitement et ceux du groupe expérimental lors de la collation des grades. L'objet de l'étude fut clairement expliqué, et c'est sur une base volontaire que les répondants des deux groupes ont décidé de participer à cette étude. Encore une fois, le fait de répondre au questionnaire à la maison a permis de diluer l'effet de contagion. Dans cette étude, les répondants des deux groupes travaillent comme intervenants auprès de la nouvelle clientèle toxicomane, donc dans un contexte réel d'intervention. Ce qui vient atténuer la menace du contexte et des conditions expérimentales à la validité externe de notre étude. Signalons par ailleurs que le même questionnaire a été administré au groupe expérimental autant qu'au groupe contrôle. Les deux groupes ont été soumis au même questionnaire, ce qui réduit la réactivité aux pré-tests. Parallèlement, les répondants des deux groupes n'étaient pas en observation et la menace de plaire ne peut être retenue, car les questions du questionnaire visaient essentiellement leur programme de formation. Finalement, les résultats obtenus l'ont été par l'analyse statistique de Mann et Whitney utilisant le logiciel SPSS. Ce type d'analyse fait suite aux recommandations de M. Lemaire, J., biostatisticien⁴⁵.

2.3.5 Instrument de mesure

Pour les participants de chacun des deux groupes, le même questionnaire d'enquête fut utilisé (appendice F). Il s'agit d'un questionnaire inspiré par R. Marceau (professeur à l'École Nationale d'Administration Publique) qui a servi au rapport du comité interne d'évaluation pour l'évaluation périodique de la Maîtrise en administration publique, option A, du Diplôme en administration publique et du Diplôme en administration internationale (1995). Nous avons toutefois ajouté une section portant sur une série de questions touchant

⁴⁵ M. Jacques Lemaire, est professeur associé au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et Biostatisticien au Centre de recherche de Hôpital Charles LeMoine

aux troubles de santé mentale et aux troubles de désordre de la personnalité. Cette section du questionnaire nous a été inspirée par le questionnaire sondage de la Fédération québécoise des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (2003). Enfin, une section portant sur l'évaluation du questionnaire a été ajoutée.

Notre questionnaire fut l'objet d'un pré-test auprès de 8 personnes (2 psychologues, un sociologue, une gestionnaire de projet (diplômé MBA), un travailleur social, une chercheuse de l'Université de Montréal et deux administrateurs de Centres de traitement. La plupart d'entre eux ont suggéré de remplacer le verbe «augmenter» par «améliorer», car l'étude en cours n'avait pas fait l'objet de pré - test, et que nous n'avions pas de balises de référence pour mesurer une augmentation. Exemple : la question « indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis *d'augmenter* vos connaissances ? » a dû être remplacée par « indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis *d'améliorer* vos connaissances ? » D'ailleurs, le Petit Robert définit bien la différence entre les deux verbes, et il est évident que le vocable 'améliorer' convient mieux à notre type d'étude. De plus, la question 11 fut l'objet d'ajout d'une section portant sur l'atteinte des objectifs. En fait, ladite question comporte treize énoncés et se rapporte à l'importance qu'accordaient les étudiants aux différents objectifs personnels les incitant à entreprendre des études universitaires dans leur programme. L'ajout de cette section sert à déterminer dans quelle mesure les étudiants ont atteint leurs objectifs à la fin de leur programme universitaire.

Le questionnaire

Le questionnaire est constitué de 14 sections, et, à chacune d'entre elles, les répondants devaient inscrire s'ils sont beaucoup (1), assez (2), peu (3) ou pas du tout (4) d'accord avec chacun des énoncés de la section. En certaines sections, le choix des réponses peut varier de fortement en accord (1), assez en accord (2), assez en désaccord (3) à fortement en désaccord (4). Nous avons par la suite calculé la moyenne de chaque énoncé à

partir de la valeur donnée (1, 2, 3 ou 4) à chacune des réponses suggérées. Afin d'établir une moyenne pour chacun des groupes à chacune des questions, une valeur a été attribuée à chacune des réponses possibles :

- 1,00 Beaucoup ;
- 2,00 Assez ;
- 3,00 Peu ;
- 4,00 Pas du tout.

Par exemple, sur 22 répondants, si quatre d'entre eux ont indiqué beaucoup et dix-huit ont répondu assez, la moyenne sera de $((4 \times 1) + (18 \times 2))/22 = 1,82$. Une interprétation possible de ce chiffre consisterait à affirmer qu'en moyenne les répondants sont beaucoup satisfaits, et ce, en s'appuyant sur la grille (A) d'interprétation suivante :

Grille A :

- a. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,99 : Beaucoup
- b. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,00 : Assez
- c. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,99 : Peu
- d. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout

Pour pallier à cette interprétation, nous proposons la grille suivante pour l'interprétation des résultats :

Grille B :

- a. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup
- b. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez
- c. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu
- d. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout

Cette grille établit des intervalles permettant d'interpréter avec plus de justesse les résultats obtenus. Ainsi, un score de 1,82 indique qu'en moyenne les répondants sont assez satisfaits, ce qui est plus près de la réalité des chiffres que dans la méthode précédente.

Fiabilité des instruments (cohérence interne)

Afin de vérifier la cohérence interne de nos instruments, nous avons utilisé le coefficient alpha de Cronbach. et travaillé avec le logiciel SPSS⁴⁶. La cohérence interne d'une échelle renvoie à la «cohésion structurale» des items qui la composent. Si une échelle est formée d'items étroitement liés, son indice de cohérence interne (généralement le coefficient alpha de Cronbach ; Cronbach, 1951) est plus élevé que si elle se compose de questions disparates ou si elle sollicite des réponses disjointes. Il importe que toutes nos échelles soient cohérentes sur le plan structural. Autrement dit, il faut que leur indice de cohérence interne soit satisfaisant (généralement supérieur à 0,80) puisque le degré de cohérence interne fixe la limite supérieure de toute autre estimation de la fiabilité ou de la validité de l'échelle.

C'est à cela que sert l'alpha Cronbach dont l'échelle de valeur se situe entre 0 et 1. Cette mesure constitue un indice de "consistance" de l'échelle, c'est-à-dire du degré auquel l'ensemble des items qu'elle inclut mesure bien la même chose. À partir de quelle valeur l'alpha est-il suffisamment satisfaisant pour que l'on puisse calculer un score correspondant à l'ensemble de l'échelle ? La table de décision incluse dans le tableau 8 révèle trois catégories de grandeur ainsi que les résultats de la mesure d'alpha de Cronbach pour les sections 8 à 13 du questionnaire. Toutefois, les mesures relevées demeurent une estimation même si elle nous donne, tout de même, un bon aperçu de la validité interne de notre instrument de mesure (tableau 8).

Tableau 8
Alpha de Cronbach : section 8 à 13 du questionnaire

Table de décision	Questionnaire	Gr. Expérimental	Gr. Contrôle
Entre 0 et .50: Valeurs insuffisantes.	Section 8	,7751	,4802
	Section 9	,6151	,8636
Entre .50 et .70 : Valeurs limites.	Section 10	,3030	,7277
	Section 11	,7345	,9288
Entre .70 et .99 : Valeurs élevées ou très élevées.	Section 12	,7863	,8403
	Section 13	,9062	,8712

⁴⁶ SPSS. Graduate Pack 10,0 for Windows 95 / 98. 1999. «SPSS base 10.0, applications guide». SPSS inc. USA.

2.3.6 Techniques d'analyses de résultats

Les analyses des égalités de variances « test F » et de moyennes « test T » ainsi que du test non paramétrique de Mann - Withney et du khi - carré ont été ensuite réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Le choix du test de Mann - Withney repose sur l'impossibilité de connaître la normalité qui est la distribution implicite de tous les tests qualifiés de « paramétriques ». Par la suite, la réalisation de deux tests, soit celui de l'égalité des variances de Fisher et le test T fut nécessaire afin de confirmer les résultats du test de Mann - Withney.

L'hypothèse attachée au test de Mann - Withney (U) est la suivante : existe-t-il une différence significative entre les deux groupes ? Si oui, nous conservons H_0 et confirmons que les deux groupes sont égaux. Sinon, nous rejetons H_0 et conservons la deuxième hypothèse H_1 et affirmons qu'il y a une différence entre les deux groupes au seuil alpha. Nous utilisons la « prob U » pour valider nos hypothèses.

Le test du khi - carré sera aussi utilisé afin de connaître la fréquence dans la distribution des observations. L'hypothèse de ce test est la suivante : H_0 = Il n'y a pas de différence significative dans la distribution observée et H_1 = Il y a une différence significative dans la distribution observée.

Il est utile de fournir le lexique du logiciel SPSS dont nous nous sommes servis pour l'analyse statistique de nos données. La valeur calculée de chacun des tests correspond à une variable propre à chacun de ces tests. Par exemple, la valeur de la « prob U » pour le test de Mann - Withney est présentée par la variable Asymp. Sig. (2-tailed) du logiciel SPSS.

Lexique du logiciel SPSS pour les fichiers du test T et du test de Mann - Withney

F = Test de F (F_{cal})

Sig. = Prob de (F_{cal})

T = T_{cal}

Sig. (2 tailed) = Prob (T_{cal} bilateral)

Asymp. Sig. (2 tailed) = Prob U (Mann - Withney)

Asymp. Sig. (2-sided) = P value (Pearson Chi - Square)

Il est également bon de préciser que la valeur de la Prob se veut *la probabilité que l'hypothèse principale soit vraie*⁴⁶. Ainsi, chacune des valeurs calculées a été confrontée avec la table de décision suivante pour valider nos hypothèses.

Table de décision pour les tests de Mann - Withney

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

⁴⁶ Lemaire. J. 2003. «Analyse des données en science de la santé, SCL 718 ». Université de Sherbrooke. Maîtrise et doctorat en science clinique. Faculté de médecine,

CHAPITRE 111

L'ANALYSE DES RÉSULTATS

Nous allons maintenant présenter l'analyse des résultats obtenus dans le cadre de notre étude.

3.1 Section 1 : l'analyse descriptive des données socio - démographiques

Nous présenterons dans ce qui suit l'analyse descriptive des données socio - démographiques et économiques des participants des deux groupes. Les données concernant les caractéristiques des participants proviennent du questionnaire, et représentent une quantité d'informations considérable. Étant donné notre type de devis, ces informations nous sont utiles, car c'est une façon de savoir si le groupe contrôle est équivalent au groupe expérimental en ce qui a trait à tous les facteurs pouvant influencer nos variables indépendantes.

3.1.1 Analyse socio - démographiques: (questions 3 à 10)

L'analyse de ces données permettra de constater l'équivalence des groupes malgré le fait que les répondants occupent un emploi similaire. L'âge moyen des participants du groupe expérimental est de 42 ans, comparativement au groupe contrôle dont l'âge est de 39 ans. Les participants du groupe expérimental utilisent la langue française dans 50 % environ du temps en milieu de travail, comparativement à l'autre 50 % où l'on utilise les deux langues. Quant au groupe contrôle, l'usage de la langue française prédomine dans 71 % du temps, suivi de la langue anglaise avec 29 %. Ainsi, on doit reconnaître que les participants

du groupe expérimental utilisent plus souvent la langue française et anglaise dans leur milieu de travail. Le groupe de finissants (expérimental) est constitué respectivement de 59 % (n = 13) d'hommes et de 41 % (n = 9) de femmes, et les représentants du groupe témoin de 49 % (n = 112) d'hommes et 51 % (n = 114) de femmes. On remarque la quasi égalité de la représentation des sexes dans la distribution des participants du groupe contrôle, alors qu'il y a un peu plus d'hommes à 18 % (n = 4) dans le groupe expérimental ; encore faut-il être prudent à la lecture de cette observation, car notre échantillon est plutôt petit dans ce cas-ci, et cela a pour effet d'augmenter l'écart en pourcentage dans les différentes distributions. Par exemple, un homme seulement de moins et une femme de plus dans le groupe expérimental (12 hommes pour 10 femmes) réduirait l'écart en pourcentage de 9 % au lieu de 2 %. Quant au niveau scolaire, on observe une différence majeure entre le profil des études des participants du groupe expérimental et du groupe contrôle. En fait, les finissants du groupe expérimental possèdent à 91 % (n = 20) un baccalauréat soit en psychologie, en travail social ou en science de la santé, comparativement à 33 % pour ceux du groupe de contrôle. Cette observation permet de croire à l'absence d'homogénéité entre les deux groupes au niveau académique. Toutefois, le résultat de cette observation n'est pas surprenante du fait que le baccalauréat est un pré-requis pour l'admission aux études de deuxième cycle. Au niveau du travail, près de 64 % des participants du groupe expérimental ont 8,5 années d'expérience et dans une proportion de 79 % les participants du groupe contrôle ont 6,6 années d'expérience. Ces constats permettent de croire que la différence de deux années d'expérience entre les deux groupes peut avoir un effet sur la moyenne de l'échelle salariale qu'on analysera un peu plus loin. L'analyse du niveau d'études des parents des participants des deux groupes révèle que le niveau d'études des pères se concentre entre le niveau collégial et universitaire partiel pour le groupe expérimental et entre le secondaire et le collégial pour le groupe contrôle. Pour la mère des participants, la concentration est de niveau secondaire et collégial pour les deux groupes. En résumé, cette analyse a permis de déduire que les deux groupes sont pratiquement équivalents sauf sur trois aspects :

- La différence entre les deux groupes au niveau académique ;
- La différence d'années d'expérience entre les participants des deux groupes ;
- La langue d'usage au travail.

3.1.2 L'importance et l'atteinte des objectifs : (question 11)

En principe, lorsque les candidats s'inscrivent à un programme universitaire, ils ont tous des objectifs ou des buts à atteindre étroitement liés à leur domaine de travail. De façon rétrospective, les participants de notre étude ont eu à répondre à 13 énoncés se rapportant à l'importance qu'ils attachent aux différents objectifs à atteindre au début de leurs études universitaires, ainsi qu'à l'atteinte de ces objectifs à la fin de leur programme universitaire. Les résultats (tableau 9 et 10) permettent de comparer le degré d'importance qu'accordait chacun des groupes aux objectifs personnels que visait leur formation universitaire. Ces résultats permettent également d'analyser la différence des deux groupes en termes d'atteinte des objectifs personnels. Pour ce faire, nous avons réalisé un test sur l'analyse des différences de Mann et Withney, corroboré par un test T sur la moyenne.

Tableau 9

L'importance des objectifs des étudiants à l'égard de leur programme universitaire.

L'importance des objectifs du groupe expérimental versus ceux du groupe contrôle							
Selon la Prob U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F _{cal}	Prob T _{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Chance de me trouver un emploi.		,005	,697	**,002	3,23	2,26	,97
B. Réorienter ma carrière.		,079	,139	*,064	2,27	1,85	,42
C. Nouveaux champs de spécialisation.		,870	,000	,333	2,36	2,59	-,23
D. Chance de promotion.		,024	,026	*,077	2,64	3,13	-,49
E. Bagage de connaissances théoriques.		,007	,000	**,008	1,09	1,39	-,30
F. Poursuivre des études doctorales.		,993	,022	,813	3,68	3,72	-,04
G. Responsabilités liées à mes fonctions.		,000	,390	***,000	1,59	2,61	-1,02
H. Capacités à diriger et gérer un organisme.		,015	,000	*,025	2,41	3,09	-,68
I. Acquérir des outils nécessaires en toxico.		,008	,683	**,010	1,55	2,07	-,52
J. Améliorer mes connaissances de base.		,277	,035	,612	1,82	1,95	-,13
K. Intégrer des outils de recherches.		,000	,067	***,000	1,59	2,55	-,96
L. Approfondir les enjeux politiques.		,000	,869	***,000	1,55	2,97	-1,42
M. Habiletés spécifiques pour l'intervention.		,287	,000	,539	2,05	2,20	-,15

Table de décision pour les tests de Mann - Withney :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

La moyenne obtenue à partir du test T indique que les participants du groupe expérimental trouvaient très important l'objectif de l'énoncé E, autant dire que le programme suivi permettait l'acquisition d'un bagage de connaissances théoriques. Par ailleurs, les objectifs que les participants considéraient comme assez importants se retrouvent aux énoncés B, C, G, H, I, J, K, L, et M avec une moyenne variant de 1,55 à 2,41. Autres faits relevés : la chance de se trouver un emploi (énoncé A) et la poursuite

d'études doctorales (énoncé F), deux aspects que les étudiants ont estimés peu et pas du tout importants. L'énoncé D fut le seul objectif jugé comme peu important par les participants de ce groupe.

En ce qui a trait au groupe contrôle, on observe que les participants considèrent l'objectif de l'acquisition de bagage de connaissances théoriques (énoncé E) comme très important. Par contre, les participants ont estimé 7 énoncés comme peu importants (B, D, F, G, H, K et L), le reste des énoncés ayant été jugé comme assez important.

Sur un autre plan, on peut remarquer à partir de la Prob. *U*, ou bien en se référant à la colonne de la différence de la moyenne, qu'il existe bel et bien une différence très hautement significative entre les deux groupes pour les énoncés G, K et L. De fait, ces énoncés font référence à la gestion de l'organisation, aux enjeux politiques et à l'intégration d'outils de recherche. Ces derniers constats laissent supposer que les étudiants du groupe expérimental sont plus sensibles à l'aspect organisationnel d'un organisme que ceux du groupe contrôle.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate :

- Neuf énoncés estimés comme étant assez importants (B, C, G, H, I, J, K, L, et M) ;
- La chance de se trouver un emploi (énoncé A) et la poursuite d'études doctorales (énoncé F) sont deux aspects que les étudiants ont estimé peu et pas du tout importants ;
- L'acquisition d'un bagage de connaissances théoriques (énoncé E) semble être celui que les étudiants trouvaient le plus important ;
- Une différence très hautement significative entre les deux groupes pour les énoncés (G, K et L).

Pour le groupe contrôle, on observe :

- Qu'un seul objectif est estimé très important : l'acquisition de bagage de connaissances théoriques (énoncé E) ;
- Sept énoncés (B, D, F, G, H, K et L) sont jugés peu importants.

Tableau 10

L'atteinte des objectifs des étudiants à l'égard de leur programme universitaire

L'atteinte des objectifs du groupe expérimental versus ceux du groupe contrôle							
Selon la Prob U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F _{cal}	Prob T _{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Chance de me trouver un emploi.		,000	,485	***,000	3,73	2,11	1,62
B. Réorienter ma carrière.		,918	,000	,558	2,41	2,20	,21
C. Nouveau champs de spécialisation.		,083	,331	,131	2,14	2,54	-,40
D. Chance de promotion.		,001	,000	** ,007	2,68	3,46	-,78
E. Bagage de connaissances théoriques.		,004	,821	** ,005	1,55	2,08	-,53
F. Poursuivre des études doctorales.		,198	,223	,353	3,68	3,45	,23
G. Responsabilités liées à mes fonctions.		,012	,689	** ,010	1,95	2,56	-,61
H. Capacités à diriger et gérer un organisme.		,338	,000	,196	2,82	3,10	-,28
I. Acquérir des outils nécessaires en toxico.		,000	,521	***,000	1,64	2,73	-,109
J. Améliorer mes connaissances de base.		,000	,198	***,000	1,55	2,64	-,109
K. Intégrer des outils de recherches.		,000	,047	***,000	1,55	3,52	-,197
L. Approfondir les enjeux politiques.		,000	,047	***,000	1,41	3,42	-,201
M. Habiletés spécifiques pour l'intervention.		,000	,087	***,000	1,68	3,08	-,140

Table de décision pour les tests de Mann - Withney :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

L'analyse du tableau, plus particulièrement de la colonne de la moyenne du groupe expérimental, révèle que les étudiants de ce groupe ont presque tous atteint les objectifs jugés au départ comme assez importants (B, C, E, G, I, J, K, M). En fait, sept des dix objectifs ont été atteints. Cependant, on remarque que pour l'énoncé E, les participants du groupe expérimental estiment avoir assez atteint cet objectif malgré le fait qu'ils les aient estimé comme très importants. Par ailleurs, les étudiants considèrent avoir peu et pas du tout atteint les objectifs A, D, et F, alors même que ces mêmes objectifs étaient considérés au départ comme peu et pas du tout importants à atteindre.

Pour le groupe contrôle, les participants considèrent avoir assez atteint les objectifs A, B, et E. Concernant les dix autres objectifs, les participants de ce groupe estiment les avoir peu atteints.

D'autre part, si l'on observe la colonne de la Prob. U , on remarque qu'il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes concernant les énoncés I, J, K, L, et M. En fait, la colonne de la différence des moyennes illustre bien ces observations. Initialement, les participants du groupe expérimental avaient estimé ces mêmes objectifs comme assez importants. Ils les ont atteints. Comparativement, ces mêmes objectifs considérés au départ comme assez importants chez les participants du groupe contrôle ont été peu atteints. Ces constats laissent donc croire que le programme de deuxième cycle de l'Université de Sherbrooke semble avoir été plus efficace pour ces cinq énoncés que les autres programmes universitaires. Finalement, on constatera qu'il y a un énoncé (A) porteur d'une différence très hautement significative entre les deux groupes. A priori, on pourrait penser que les programmes des participants du groupe contrôle avaient permis d'améliorer les chances d'emploi plus significativement que le programme des étudiants du groupe expérimental, mais ce n'est pas le cas. En fait, au départ, les participants du groupe expérimental avaient jugé peu important cet objectif (cote 3) comparativement à ceux du groupe expérimental (cote 2), et le résultat de l'atteinte des objectifs correspond aux mêmes

cotes. Les participants estimaient peu important cet objectif, sans doute parce qu'ils avaient déjà un emploi.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate qu'il y a :

- Plusieurs objectifs qui ont été atteints ;
- Peu d'intérêt pour les études doctorales ;
- Des différences très hautement significatives entre les deux groupes pour les énoncés (I, J, K, L, et M).

Pour le groupe contrôle, on constate qu'il y a :

- Peu d'importance attribuée à la poursuite d'études doctorales de même que pour la gestion des organisations ;
- Le seul objectif considéré au départ comme très important n'a pas été atteint (énoncé E) ;
- Dix objectifs ont été estimés comme avoir été peu atteints.

3.1.3 Le choix universitaire (question 12)

Cette troisième partie comporte 16 énoncés visant à connaître les différents facteurs pouvant influencer le choix d'une université plutôt qu'une autre. Précisons tout de suite que les participants du groupe expérimental n'ont pas eu de choix universitaire à faire comme tel, l'Université de Sherbrooke étant la seule à offrir ce programme à l'époque. Cela ne fut pas le cas pour les participants du groupe contrôle, qui avaient plusieurs options suivant le programme choisi. Dans ce cas, nous avons utilisé un test non paramétrique de Mann - Withney afin de voir s'il y a une différence significative entre les deux groupes quant au choix de l'université. L'hypothèse attachée au test de Mann - Withney est la suivante : Existe - t - il une différence significative entre les deux groupes ? (Tableau 11).

Tableau 11

Le choix universitaire (question 12)

Quelle a été l'importance de chacun des facteurs suivants dans votre choix d'université plutôt qu'un autre établissement universitaire ?							
Selon la Prob U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F_{cal}	Prob T_{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Renommée de l'institution.		,984	,047	,633	1,91	1,80	-,11
B. Réputation du corps professoral.		,020	,000	,018	2,23	1,45	-,78
C. Reconnaissance du diplôme dans le milieu.		***,000	,000	***,001	2,36	1,26	-1,10
D. Variété des secteurs de provenance.		***,001	,275	***,000	2,64	1,80	-,84
E. Possibilité d'étudier à temps partiel.		***,000	,000	***,000	1,00	2,12	1,12
F. Flexibilité des horaires.		,249	,063	,586	1,64	1,73	,09
G. Variété des programmes offerts.		***,000	,000	***,001	2,18	1,18	-1,0
H. Variété des cours offerts.		*,029	,007	*,047	1,68	1,38	-,30
I. Contenu du programme choisi.		***,000	,000	***,000	1,50	1,04	-,46
J. Aspect multidisciplinaire du programme.		***,000	,000	** ,009	1,64	1,23	-,41
K. Projet de recherche ou d'évaluation.		***,001	,408	** ,002	2,64	1,84	-,80
L. Les méthodes pédagogiques.		***,000	,000	** ,003	2,14	1,28	-,85
M. La liaison entre la théorie et la pratique.		,150	,001	,066	1,23	1,55	-,31
N. Les liens de l'université avec les organismes.		*,026	,719	*,018	2,68	2,09	-,59
O. La qualité d'encadrement des étudiants.		,472	,487	,412	2,18	2,00	-,18
P. La proximité de l'Université.		** ,008	,000	***,000	1,73	2,42	,69

Table de décision pour les tests de Mann - Withney :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

L'analyse de ce tableau indique 10 énoncés (A, B, C, F, G, H, J, L, O et P) que les participants du groupe expérimental jugent assez importants. Dans ce groupe, deux seuls énoncés sont estimés comme très importants par les étudiants, soit (E et M). Concernant le groupe contrôle, on remarque que les participants ont considéré 7 énoncés (B, C, G, H, I, J, et L) comme étant très importants et les 9 autres sont tous estimés comme assez importants. Aussi, le tableau indique qu'il y a huit énoncés dont la différence est très hautement significative au seuil de $\alpha 0,001$. D'autres observations nous indiquent que les participants du groupe expérimental octroient beaucoup d'importance à la possibilité d'étudier à temps partiel et que le contenu du programme lie la théorie et la pratique. Quant aux participants du groupe contrôle, ils semblent attacher plus d'importance aux méthodes pédagogiques, à l'aspect multidisciplinaire du programme, au contenu du programme et à la variété des programmes offerts par l'université. Les participants du groupe expérimental attachent quant à eux moins d'importance à la reconnaissance de leur diplôme que leurs collègues du groupe de contrôle. Probablement, à cause du fait que la plupart des participants du groupe expérimental ont déjà un baccalauréat à leur actif et que le diplôme de 2^e cycle n'est pas encore reconnu dans différents organismes. Aussi, le tableau révèle qu'il y a une grosse différence des moyennes entre les deux groupes pour l'énoncé portant sur la reconnaissance du diplôme dans le milieu et pour la possibilité d'étudier à temps partiel.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, il semble que :

- La possibilité d'étudier à temps partiel, le fait que le programme assure la liaison entre la théorie et la pratique, et le bon contenu du programme demeurent les principaux facteurs influant le choix universitaire ;
- Il y a 10 énoncés que les participants considèrent assez importants dans leurs choix universitaires.

Pour le groupe contrôle, il semble que :

- Il y a 7 énoncés que les répondants trouvent très importants pour faire un choix universitaire, comme la variété des cours offerts et le contenu du programme ;

- Il y a 9 énoncés que les étudiants jugent assez important de tenir compte afin de faire un choix universitaire.

3.2 Section 2 : Caractéristique des données socio - démographiques et économiques

Dans cette deuxième section, nous nous proposons de comparer la distribution des différentes caractéristiques socio - démographiques et économiques des deux groupes. Ces données seront utiles dans la détermination de l'équivalence des groupes. Nous y présentons une synthèse regroupant les différents secteurs de provenance des participants aux années 1999 et 2003. Seront présentés par la suite les catégories d'emploi, le niveau d'emploi ainsi que le revenu brut des participants. Ces résultats proviennent d'une analyse du khi - carré réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

3.2.1 Les secteurs de provenance

Les secteurs de provenance des participants demeurent un objet d'étude intéressant et méritent notre attention. En effet, on connaît la situation précaire des organismes communautaires qui dépendent constamment des subventions gouvernementales, et qui, souvent, n'ont pas les moyens financiers de recruter des diplômés universitaires. On sait aussi que les organismes publics ou privés sont beaucoup mieux nantis sur le plan financier. Ainsi, on peut présumer que si les finissants du 2^e cycle en toxicomanie oeuvraient dans le domaine communautaire, ils seraient tentés de changer de secteur de travail afin d'être mieux rémunérés ou d'obtenir d'autres avantages. L'objectif de cette étude sur les secteurs de provenance est de savoir s'il y a eu des différences significatives dans le changement de secteur de la part des participants entre les années 1999 et 2003. Une fois l'analyse des données effectuée, au moyen de la méthode du khi - carré, un tableau (12) comparatif entre les deux groupes d'études a été réalisé ainsi qu'un histogramme (1), et les résultats y sont présentés.

Tableau 12

Le secteur de provenance des participants en 1999 et en 2003 (questions 13 et 27)

Secteur de provenance du groupe expérimental (22)				Secteur de provenance du groupe contrôle (226)			
Prob χ^2 = 0,001	1999	2003	Mobilité	1999	2003	Mobilité	
	% (Nb)	% (Nb)	% (Nb)	% (Nb)	% (Nb)	% (Nb)	% (Nb)
	Centre pu.	9,1 (2)	9,1 (2)	(0)	20,4 (46)	21,2 (48)	0,8 (2)
	Centre privé	18,2 (4)	45,5 (10)	27,3 (6)	23,9 (54)	26,1 (59)	2,2 (5)
	Milieu hospi.				7,5 (17)	6,5 (15)	1,0 (2)
	autonome	18,2 (4)	13,6 (3)	4,6 (1)			
	C.L.S.C	13,6 (3)	9,1 (2)	4,6 (1)			
	Org. Com	31,8 (7)	9,1 (2)	22,7 (5)	18,1 (41)	24,8 (56)	10,7 (15)
	Autre	9,1 (2)	13,6 (3)	4,5 (1)	30,1 (68)	21,2 (48)	8,9 (20)
	Total	100 (22)	100 (22)	63,7 (14) 32 (7)	100 (226)	100 (226)	19 (44) 9,5 (22)

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

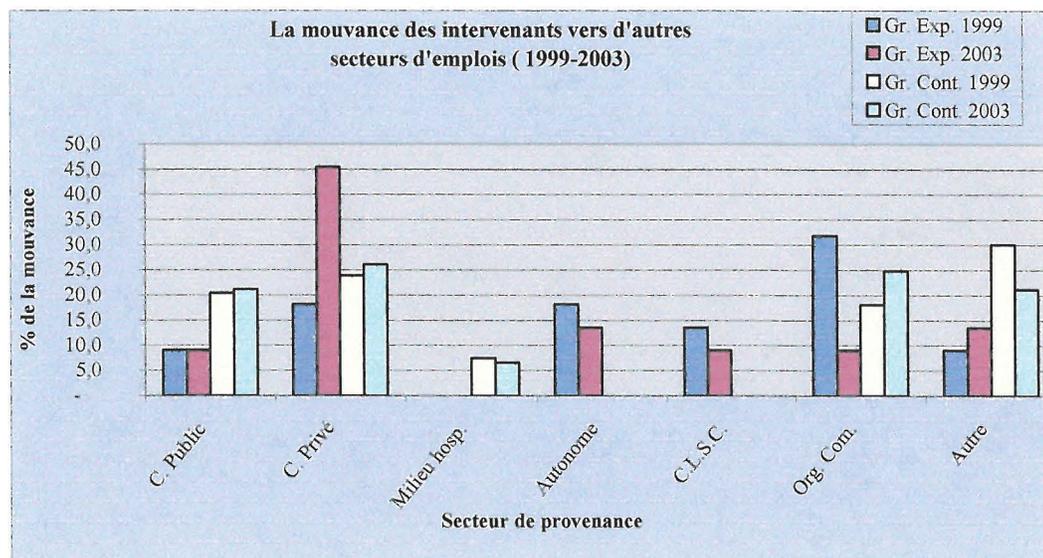
Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Ce tableau indique, d'une part, que la proportion des participants du groupe expérimental a considérablement augmenté (18% vs 45%) dans les centres privés en 2003, et d'autre part, que le secteur des organismes a vu son nombre de participants baisser (32% vs 9%). Ce qui laisse entendre que 23 % (5) des participants ont délaissé le secteur communautaire pour le secteur privé. Cette mouvance n'est pas étonnante lorsque l'on sait que le secteur privé offre plus d'avantages sociaux et que le salaire y est plus intéressant. D'autre part, pour ce qui est des participants du groupe contrôle, de façon majoritaire, on observe qu'ils ont, dans une proportion de 9 % (20), délaissé le secteur « autre » pour le secteur des organismes communautaires et des centres privés. Ces secteurs ont manifestement augmenté leurs effectifs

de 11 % (15) pour le secteur communautaire et de 2 % (5) pour les centres privés. D'ailleurs, l'histogramme ci-après illustre bien ce phénomène de transfert d'un secteur à l'autre. À la ligne du total, nous avons divisé la somme des totaux de la colonne « mouvance » par deux, car un participant se trouve enregistré à la fois lorsqu'il quitte un secteur et lorsqu'il arrive dans un autre secteur. Donc, 32 % (7) des participants du groupe expérimental ont été impliqués dans un changement de secteur comparativement à 9,5 % (22) pour les participants du groupe contrôle. Il semblerait que les finissants du 2^e cycle soient plus enclins à changer de secteur que leurs collègues du groupe de contrôle, ou encore qu'ils aient plus de facilité à changer de secteur du fait de leur formation, et ainsi quitter un secteur plus précaire pour un secteur plus sécuritaire (communautaire vs privé). Finalement, le test du khi - carré est hautement significatif à 0,001.

Histogramme 1

La provenance des participants



En résumé,

Pour le groupe expérimental, on remarque que :

- Plusieurs participants délaissent le secteur communautaire pour le secteur privé ;
- Sept participants sur 22 ont changé de secteur entre 1999 et 2003.

Pour le groupe contrôle, on remarque que :

- Certains participants ont abandonné le secteur « autre » pour le communautaire, et quelques-uns pour le secteur privé ;
- Les participants semblent garder leur secteur de travail plus longtemps.

3.2.2 Les catégories d'emplois (question 11)

Y - a - t - il eu une différence dans la distribution des catégories d'emploi entre les années 1999 et 2003 ? On présume que les participants du groupe expérimental sont plus tentés de changer de carrière ou encore d'obtenir un poste ayant plus de responsabilités. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons fait un test de khi - carré. Nous présentons les résultats sous forme d'un tableau (13) et d'un histogramme (2).

Tableau 13

Catégorie d'emploi des participants en 1999 et 2003

Prob $\chi^2 = 0,000$	Catégorie d'emploi des participants du groupe expérimental (22)			Catégorie d'emploi des participants du groupe contrôle (226)		
	1999 % (Nb)	2003 % (Nb)	Différence % (Nb)	1999 % (Nb)	2003 % (Nb)	Différence % (Nb)
Cadre intermé.		9,1 (2)	9,1 (2)	,9 (2)	,4 (1)	,5 (1)
Infirmière	13,6 (3)	9,1 (2)	4,5 (1)	19,5 (44)	21,7 (49)	2,2 (5)
Criminologue	13,6 (3)	9,1 (2)	4,5 (1)			
Travailleur social	31,8 (7)	27,3 (6)	4,5 (1)	13,3 (30)	12,1 (30)	1,2 (0)
Travailleur de rue				4,4 (10)	4,4 (10)	
Int. en toxico.	27,3 (6)	36,4 (8)	9,1 (2)	48,2 (109)	51,8 (117)	3,6 (8)
Autre	13,6 (3)	9,1 (2)	4,5 (1)	3,7 (31)	8,4 (19)	5,3 (12)
Total	100 (22)	100 (22)	36 (8)	100 (226)	100 (226)	12 (26)

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

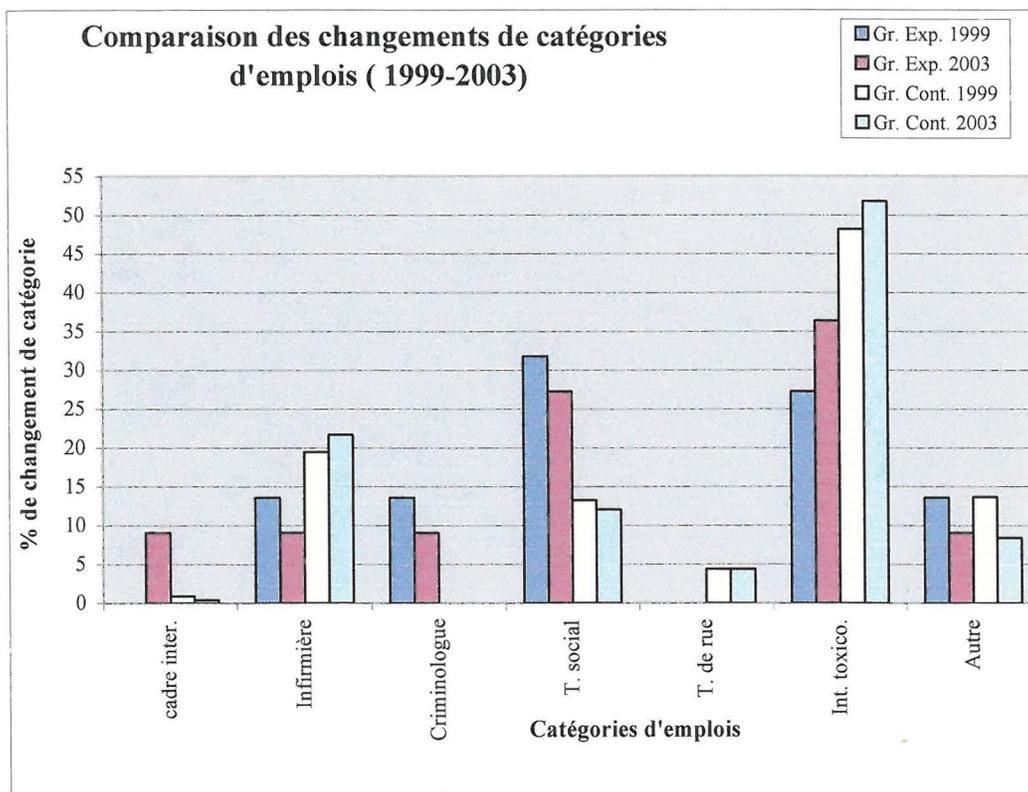
Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Ce tableau révèle que la plupart des participants du groupe expérimental oeuvraient comme travailleur social (32 %) et intervenant en toxicomanie (27 %) en 1999 sur un total de 59 % (13), juste avant le changement de catégorie d'emploi qui eut lieu entre 1999 et 2003. En effet, on constate pour 2003 les faits suivants : une augmentation de l'ordre 9 % (2) d'intervenants en toxicomanie passant ainsi à 36 % (8) et une baisse de 4,5 % (1) de travailleurs sociaux. En 2003 près de 64 % (14) occupent un poste d'intervenant en toxicomanie ou de travailleur social. L'histogramme permet de bien visualiser ce changement. On peut penser que certains participants, de par leur changement de secteur, ont réorienté leur carrière pour devenir intervenant en toxicomanie. Une autre observation

nous apprend qu'il y a deux participants du groupe expérimental qui ont obtenu un poste de cadre intérimaire entre 1999 et 2003.

Histogramme 2

Le changement de catégories d'emploi chez les participants



Quant aux participants du groupe contrôle, ceux - ci oeuvraient majoritairement comme intervenants en toxicomanie en 1999, et représentaient près de 48 % (109) de la totalité des participants. Nous constatons aussi que 20 % (44) des participants occupaient un poste d'infirmier en toxicomanie. Ces deux catégories d'emploi représentaient près de 68 % (153) des effectifs du groupe de contrôle. En 2003, on observe de nouveau une hausse de participants de ces deux catégories d'emplois: le poste d'intervenant en toxicomanie

passé à 52 % (117) des participants, et le poste d'infirmier hausse ses effectifs (49) à près de 22 %. Le total des effectifs pour ces deux postes passe à 73 % (166) des participants, soit une hausse de 5 % enregistrée en 2003. Finalement, la prob. de khi - carré est de 0,000, ce qui atteste bien que la distribution est très hautement significative entre les deux groupes observés au seuil α 0,001.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate qu'il y a :

- Deux personnes sont devenues cadres intermédiaires entre 1999 et 2003 ;
- Un nombre croissant d'intervenants en toxicomanie et une baisse du nombre de travailleurs sociaux en 2003.

Pour le groupe contrôle, on constate que :

- Comme pour l'année 1999, la majorité des emplois est constituée d'intervenants et d'infirmiers en toxicomanie pour l'année 2003.

3.2.3 Niveau d'emploi (questions 13 et 18)

Y- a - t - il eu des différences au niveau de la permanence chez les employés ? On suppose, suite à plusieurs changements effectués au niveau des secteurs de travail de la part des participants, qu'il pourrait y avoir aussi un changement dans le statut de la permanence.

Nous avons utilisé la méthode du khi - carré afin d'estimer les différences entre les groupes; les résultats sont présentés sous forme d'un tableau (14) et d'un histogramme (3).

Tableau 14

Niveau d'emploi des participants en 1999 et 2003

Prob χ^2 = 0,038	Niveau d'emploi des participants du groupe expérimental (22)			Niveau d'emploi des participants du groupe contrôle (226)		
	1999 % (Nb)	2003 % (Nb)	Changement % (Nb)	1999 % (Nb)	2003 % (Nb)	Changement % (Nb)
Permanent	77,3 (17)	77,3 (17)		50,9 (115)	54,4 (123)	4 (8)
Temporaire	22,7 (5)	9,1 (2)	14 (3)	16,8 (38)	18,6 (42)	2 (4)
Temps partiel		9,1 (2)	9,1 (2)	14,6 (33)	11,5 (26)	3 (7)
Liste de rappel		4,5 (1)	4,5 (1)	13,7 (31)	13,7 (31)	
Contractuel				4,0 (9)	1,8 (4)	2 (5)
Total	100 (22)	100 (22)	27 (6)	100 (226)	100 (226)	11 (24)

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

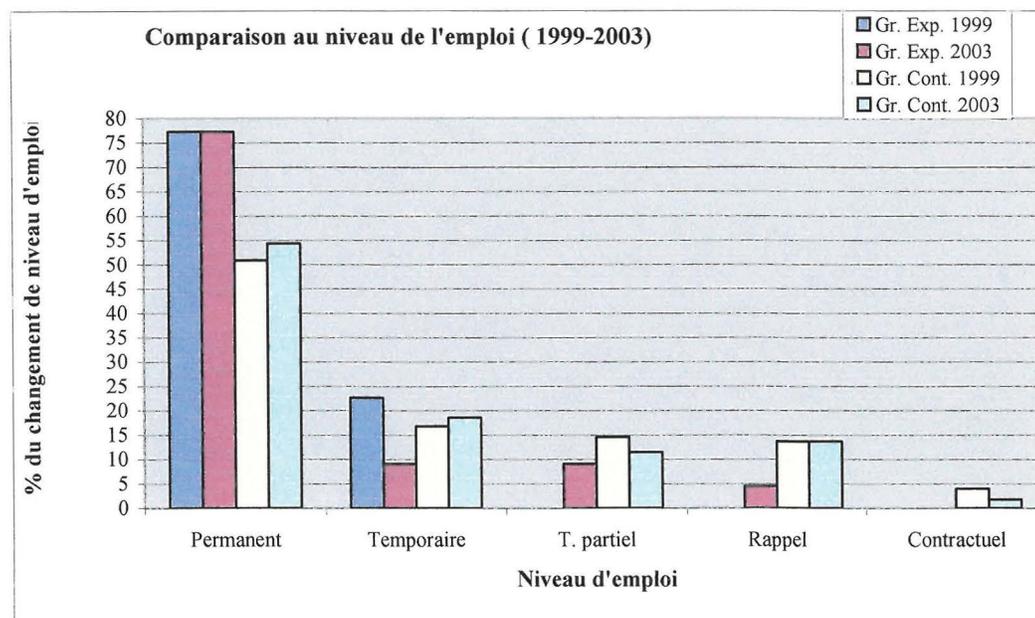
Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Nous remarquons que 77 % (17) des participants du groupe expérimental avaient un emploi permanent en 1999, tout comme en l'an 2003. Cependant, alors qu'il y avait 23 % (5) des participants qui avaient un emploi temporaire en 1999, on constate qu'il n'en reste que 9 % (2), soit une baisse de l'ordre de 14 %. Les autres participants (3) occupent un poste à temps partiel (2) ou encore font partie d'une liste de rappel. Comparativement, en 1999, 51 % (115) des participants du groupe contrôle avaient un emploi permanent et les autres niveaux étaient partagés presque également entre l'emploi temporaire 17 % (38) et l'emploi à temps partiel avec 15 % (33) suivi de la liste de rappel avec 14 % (31). Pour l'année 2003, on constate une augmentation des postes permanents de l'ordre de 4 % (8), et

une baisse de 3 % (7) des postes à temps partiel. L'histogramme qui suit illustre bien ces constats.

Histogramme 3

Le niveau d'emploi des participants



Les résultats indiquent que les participants du groupe contrôle occupaient un emploi permanent dans près de 77 % des cas, comparativement à près de 54 % pour les participants du groupe témoin au mois de juin 2003. Ce qui permet d'affirmer qu'il y a bien une différence significative dans la distribution observée, la prob. du khi - carré étant 0,038 au seuil alpha 0,05.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on observe que :

- Aucun changement au niveau de la permanence n'a été constaté pour les années 1999 et 2003 ;

- Des changements au niveau des postes à temps partiel ont été observés pour les années 1999 et 2003.

Pour le groupe contrôle, on observe qu'il y a :

- Une augmentation des participants au niveau des emplois permanents et de ceux à temps partiel.

3.2.4 Le revenu brut annuel (question 16 et 27)

Est - ce que le salaire des finissants du 2^e cycle a augmenté ? Pour ce faire, nous avons fixé 9 groupes d'échelle salariale par tranche de 5 000\$ et calculé la moyenne de chaque groupe. Par la suite, nous avons additionné la moyenne de chaque groupe et divisé la somme par le nombre de participants pour obtenir une moyenne globale. Cette moyenne permet de comparer le groupe expérimental au groupe contrôle pour voir lequel des deux a vu sa masse salariale augmenter le plus en 2003. Explicitement, si on peut faire l'hypothèse d'uniformité de répartition des salaires dans l'échelle salariale, le point milieu de l'échelle salariale en constitue alors la moyenne. Par exemple, un seul des participants dont l'échelle salariale se situe entre 25 000 \$ et 29 999 \$ gagnerait 27 500 \$, point milieu de l'échelle salariale. Bien entendu, ne considérer qu'un seul participant et faire une telle affirmation serait audacieux de notre part, mais avec plusieurs participants dans l'échelle salariale, répartis uniformément, la moyenne de leur salaire serait effectivement d'environ 27 500 \$.

Pour ce qui est de la première échelle salariale, qui correspond à moins de 24 999 \$, nous avons retranché les 2 500 \$ qui constituent la moitié de la tranche de 5 000 \$ et ainsi établir la moyenne à 22 500 \$. Par la suite, nous avons multiplié le nombre de participants par le point milieu de l'échelle salariale de chacune des catégories. Par exemple, pour le groupe dont l'échelle salariale se situe entre 25 000 \$ et 29 999 \$, nous avons établi le point milieu qui est de 27 500 \$. Par la suite, nous avons multiplié le nombre de participants ($n = 6$) par 27 500 \$ pour obtenir un montant de l'ordre de 165 000 \$ pour cette catégorie. Finalement, chacun des montants liés aux catégories du groupe expérimental pour l'année 1999 fut additionné et divisé par le nombre de participants ($N = 22$), et ainsi obtenir une

moyenne globale s'élevant à 38 636 \$ / année / participant. Nous avons utilisé la même méthode pour le groupe contrôle. Par la suite, les données ont été traitées par la méthode du khi - carré afin d'avoir une estimation de la différence dans les distributions observées. Nous présentons ces résultats au tableau (15) et à l'histogramme (4).

Tableau 15

Le revenu brut annuel des participants pour l'année 1999 et 2003

Prob $\chi^2 = 0,000$	Revenu brut annuel (1999) du groupe expérimental et contrôle				Revenu brut annuel (2003) du groupe expérimental et contrôle				
	\$	1999 Expéri. % N	μ \$	1999 Contrôle % N	μ \$	2003 Expéri. % N	μ \$	2003 Contrôle % N	μ \$
24 999 et moins	9,1 (2)	45 000	27,9 (63)	1 417 500				15,9 (36)	810 000
25 000 à 29 999	27,3 (6)	165 000	33,6 (76)	2 090 000	9,1 (2)	55 000		45,6 (103)	2 832 500
30 000 à 34 999	13,6 (3)	97 500	37,2 (84)	2 730 000	13,6 (3)	97 500		36,3 (82)	2 665 000
35 000 à 39 999	9,1 (2)	75 000			36,0 (8)	300 000			
40 000 à 44 999	9,1 (2)	85 000	1,3 (3)	127 500	9,1 (2)	85 000		,9 (2)	85 000
45 000 à 49 999	13,6 (3)	142 500			9,1 (2)	95 000			
50 000 à 54 999	4,5 (1)	52 500							
55 000 à 59 999					9,1 (2)	115 000		1,3 (3)	172 500
60 000 à 64 999	13,6 (3)	187 500			13,6 (3)	187 500			
Total	100 (22)	38 636	100 (226)	28 163	100 (22)	42 500		100 (226)	29 049

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

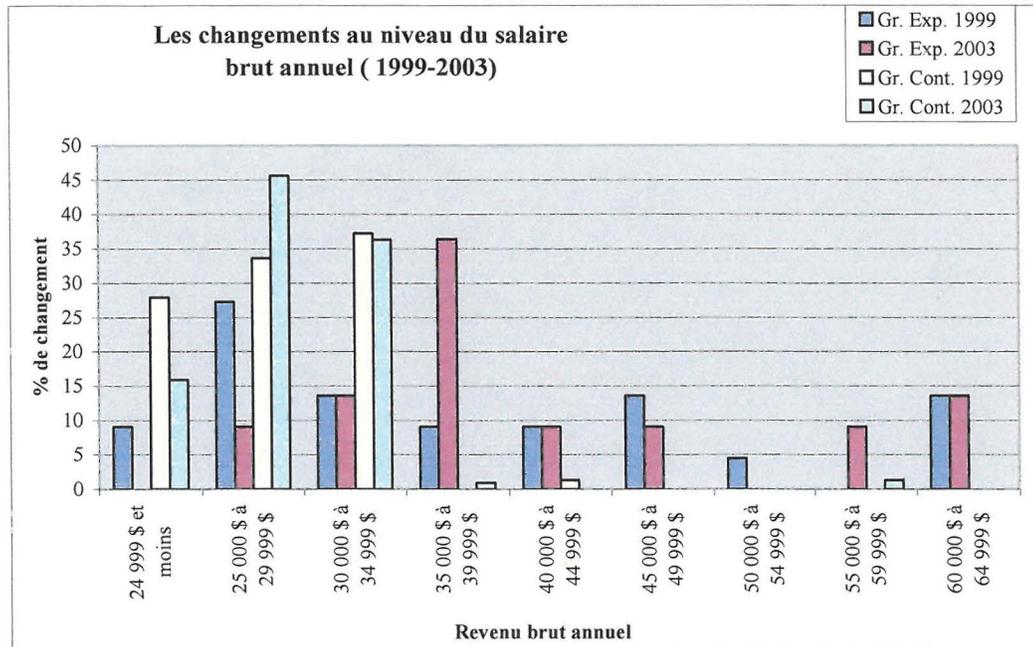
Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Le tableau indique qu'un bon nombre des participants, soit 27 % ($n = 6$), du groupe expérimental se faisaient un salaire se situant entre 25 000 \$ et 29 999 \$ brut par année en

1999, alors que 13 % (n = 3) touchaient entre 30 000 \$ et 34 999 \$ par année, et dans une même proportion soit un autre 13 % (n = 3) un sous groupe recevant entre 45 000 \$ et 49 999 \$ par année. Pour l'année 2003, on constate les changements suivants : a) la majorité des salaires, soit 36 % (n = 8), se situe entre 35 000 \$ et 39 999 \$; b) qu'une nouvelle échelle salariale s'est ajoutée, avec deux participants, soit celle couvrant les 55 000 \$ à 59 999 \$; c) la disparition de participants touchant moins de 24 999 \$; d) les participants du groupe expérimental ont vu leur revenu brut annuel faire un bond de 9% en moyenne entre 1999 et 2003, passant de 38 636 \$ à 42 500 \$. Quant aux participants du groupe de contrôle, 37 % (n = 84) des participants touchaient entre 30 000 \$ et 34 999 \$ et un autre 34 % (n = 76) touchaient entre 25 000\$ et 29 999 \$ par année en 1999. On remarque également pour cette même année qu'il y avait 28 % (n = 63) qui touchaient moins de 24 999 \$ par année. Pour l'année 2003, on observe qu'il y a une réduction de près de 27 participants qui se trouvaient à l'échelle minimale, et une augmentation de 27 participants à l'échelle de 25 000 \$ à 29 999 \$. L'ensemble des participants du groupe de contrôle ont vu leur salaire annuel augmenter de 4 % depuis 1999. L'illustration des principaux changements est présentée dans l'histogramme suivant.

L'histogramme 4

Le revenu brut annuel des participants pour l'année 1999 et 2003



Les résultats présentés au tableau et à l'histogramme ci-dessus nous ont permis de constater que les participants du groupe expérimental ont vu leur revenu annuel brut augmenter de l'ordre de 3 864 \$, à comparer à la hausse salariale de 886 \$ chez les répondants du groupe contrôle. Notre opinion est que les finissants ont vu leur salaire augmenter suite à l'obtention de leur diplôme de 2^e cycle. Finalement, on conclut qu'il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes au niveau du revenu brut annuel au seuil alpha 0,001 puisque prob du $\chi^2 = 0,000$.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate qu'il y a :

- Une augmentation de plus de 9 % du salaire brut annuel depuis 1999 ;

- La disparition des personnes du groupe expérimental de la tranche salariale de moins de 24 999 \$;
- Plusieurs participants qui sont passés à une autre échelle salariale plus élevée.

Pour le groupe contrôle, on constate qu'il y a :

- Une augmentation du revenu annuel brut de l'ordre de 4 % depuis 1999 ;
- Une diminution du nombre des participants à l'échelle minimale, et une augmentation de participants à l'échelle salariale suivante.

3.3 Section 3 : L'emploi et la relation avec le programme universitaire

Cette troisième partie du questionnaire fait référence à la relation liant le programme universitaire à l'emploi actuel des participants.

3.3.1 Emploi lié au programme (question 22)

En fait, on veut connaître s'il y a une différence significative entre les deux groupes concernant trois facteurs : 1) si le domaine d'étude des participants correspond à leur travail; 2) si la région d'où ils proviennent diffère d'un groupe à l'autre; et 3) leur niveau de satisfaction à l'égard de l'emploi qu'ils occupent. Nous supposons que les étudiants qui s'inscrivent à une formation universitaire le font dans le but d'augmenter leur expertise dans un domaine spécifique. Dans ce cas-ci, nous voulons savoir s'il y a une différence dans la distribution statistique entre nos deux groupes. Pour ce faire, nous avons construit un tableau (16) de contingence suite à l'analyse du khi - carré. Cette étude a son importance car si des participants entreprennent des études qui ne sont pas liées à leur travail cela pourrait avoir un impact sur leur savoir, savoir - être et savoir - faire lors de leurs interventions auprès de la clientèle toxicomane. Par ailleurs, les critères démographiques vont nous donner un aperçu de l'équivalence entre les deux groupes.

Tableau 16
Emploi relié au programme de spécialisation

Prob $\chi^2 = 0,218$	Emploi lié au programme				Total
	Fortement	Assez	peu	Aucunement relié	
Expérimental (22)	63,6 % (14)	18,2 % (4)	9,1 % (2)	9,1 % (2)	100 %
Contrôle (226)	54,4 % (123)	34,1 % (77)	2,7 % (6)	8,8 % (20)	100 %

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Le tableau nous apprend que près de 64 % (n = 14) des participants du groupe expérimental jugent comme fortement important que leur programme de formation soit en lien avec leur pratique professionnelle dans leur travail et 18 % (n = 4) considèrent ce fait comme étant assez important. Au total, 82 % (n = 18) des participants du groupe expérimental considèrent important que leur formation universitaire consiste à augmenter leur expertise dans leur domaine du travail. Cependant 18 % (n = 4) des participants jugent peu important à pas du tout important le fait que leurs études soient reliées à leur domaine professionnel.

Pour les participants du groupe contrôle, le tableau démontre clairement le lien entre l'emploi et l'inscription à leur programme universitaire. De façon majoritaire, les participants du groupe de contrôle jugent comme fortement important, 54 % (n = 123), et assez important, 34 % (n = 77), de s'être inscrits à un programme universitaire qui était lié à

leur emploi dans le but d'augmenter leurs compétences professionnelles. Seuls 12 % accordent peu ou pas d'importance à cet aspect professionnel.

On peut dire dans l'ensemble que la plupart des participants des deux groupes estiment comme très à assez important de s'inscrire à un programme universitaire afin de pouvoir améliorer leur domaine professionnel. Cette hypothèse se trouve confirmée avec la prob. du khi - carré = 0, 218. Ainsi, nous conservons l'hypothèse nulle, et affirmons qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, et ceci avec un risque β de grandeur inconnue. Donc, en majorité les participants des deux groupes avaient bien entrepris des études universitaires dans le but d'améliorer leur pratique professionnelle.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, les participants :

- Estiment à 81,8 % que leur programme universitaire est fortement relié ou assez relié à leur emploi.

Pour le groupe contrôle, les participants :

- Estiment à 88,5 % que leur formation universitaire est fortement relié ou assez relié à leur emploi.

3.3.2 L'emploi (question 16)

On peut présumer que les participants du groupe expérimental sont enclins à changer d'emploi à l'obtention de leur diplôme. Le tableau (17) présente les résultats, qui seront suivis d'une analyse du khi - carré dans le but de connaître l'estimation de la distribution entre les deux groupes.

Tableau 17

Comparaison de la situation d'emploi des participants 1999 - 2003

Prob χ^2 = 0,000	Avez-vous travaillé en juin 2003 ?			Est-ce le même emploi ?		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Expérimental (N = 22)	81,8 % (n = 18)	18,2 % (n = 4)	100 %	36,4 % (n = 8)	63,6 % (n = 14)	100 %
Contrôle (N = 226)	100 %		100 %	42,5 % (n = 94)	57,5 % (n = 127)	100 %

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Ce tableau révèle que près de 82 % des participants du groupe expérimental travaillaient en juin 2003 et que 64 % d'entre - eux avaient changé d'emploi depuis 1999. Par contre, 18 % (n = 4) ne travaillaient pas en juin 2003. On serait tenté de dire que ce sont peut - être les participants qui étaient sur la liste de rappel, ou à temps partiel, mais sans pour autant en tirer de conclusion. Comparativement, 100 % des participants du groupe contrôle travaillaient, et un peu plus de la moitié avaient changé d'emploi 58 % (n = 125) depuis 1999. L'analyse du khi - carré nous révèle qu'il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes concernant leur employabilité avec une prob. du $\chi^2 = 0,000$. En effet, nous pouvons constater que les participants du groupe de contrôle ont tous travaillé en juin 2003 comparativement à ceux du groupe expérimental.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate que :

- Près de 82 % d'entre eux travaillaient en juin 2003 ;
- Près de 64 % avaient changé d'emploi depuis 1999.

Pour le groupe contrôle, on constate que :

- 100 % d'entre eux travaillaient en juin 2003 ;
- 57 % avaient changé d'emploi depuis 1999

3.3.3 La région administrative des participants (question 21)

Dans cette partie du questionnaire, nous voulons connaître la distribution des participants selon la région administrative où ils travaillent. Pour ce faire, l'analyse du khi-carré a permis de connaître la distribution des observations, et sa prob. (0,015) nous a informé qu'il y avait une différence significative entre les deux groupes. Les résultats sont présentés dans le tableau (18).

Tableau 18
La région administrative liée à l'emploi des participants

	Région administrative						
Prob χ^2 = 0,015	Estrie	Laurentides	Laval	Montérégie	Montréal	Québec	Total
Expérimental (N = 22)		9,1 % (n = 2)		9,1 % (n = 2)	81,8 % (n = 18)		100 %
Contrôle (N = 226)	6,2 % (n = 14)	12,8 % (n = 29)	19,5 % (n = 44)	9,3 % (n = 21)	43,4 % (n = 98)	8,8 % (n = 20)	100 %

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Le tableau indique que la plupart des participants du groupe d'expérimental travaillent dans la région de Montréal à près de 82 % (n = 18). Concernant la distribution des participants du groupe contrôle, ceux-ci travaillent à près de 43 % (n = 98) dans la région de Montréal, 20 % (n = 4) dans la région de Laval, et 13 % (n = 29) dans la région des Laurentides. En fait, la région de Montréal compte plusieurs centres de traitement, sans compter que le programme universitaire de 2^e cycle en toxicomanie est offert exclusivement au campus de Longueuil par l'Université de Sherbrooke. On peut prétendre que par son programme universitaire et sa localisation au campus de Longueuil, l'Université de Sherbrooke attire plus particulièrement les candidats qui résident dans la région de Montréal. En conclusion, nous affirmons qu'il existe une différence significative au seuil de 0,05 dans les distributions observées, et ceci est confirmé avec la prob. du χ^2 à 0,015.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate que:

- 82 % des participants oeuvrent dans la région de Montréal.

Pour le groupe contrôle, on constate :

- Près de 44 % travaillent dans la région de Montréal, et que 32 % des participants sont répartis dans les régions de Laval et des Laurentides.

3.3.4 Les perspectives d'avenir professionnel dans le domaine de la toxicomanie (question 25)

Depuis la mise sur pied du programme de 2^e cycle en toxicomanie par l'Université de Sherbrooke afin de répondre aux besoins manifestés par les intervenants, il importe de connaître les perspectives d'avenir dans ce domaine de travail. Est-ce que les participants estiment que c'est un emploi dans lequel il est intéressant de s'investir au niveau de la formation universitaire, ou est-ce le contraire ? L'analyse du khi - carré permet de connaître la distribution des énoncés de cette question, et de savoir s'il y a une différence d'opinion significative entre les deux groupes; voir tableau (19).

Tableau 19

Les perspectives d'avenir dans le domaine de la toxicomanie selon les participants.

L'avenir à l'égard de l'emploi					
Prob χ^2 = 0,000	Emploi tremplin	Emploi avec avenir, mal rémunéré	Emploi avec avenir bien rémunéré	Emploi favorisant la mobilité latérale	Total
Expérimental (N = 22)	9,1 % (n = 2)	77,3 % (n = 17)		13,6 % (n = 3)	100 %
Contrôle (N = 226)		100 %			100 %

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Ce tableau nous révèle clairement que la majorité, 77 % (n = 17), pour le groupe expérimental et la totalité, 100 % (n = 226), pour le groupe contrôle considèrent que le type d'emploi pour venir en aide aux personnes alcooliques toxicomanes a un avenir certain, mais qu'il est mal rémunéré. Par ailleurs, 9,1 % (n = 2) considèrent que c'est un emploi tremplin et 13,6 % (n = 3) que c'est un emploi qui favorise la mobilité latérale.

Quant aux participants du groupe contrôle, ceux-ci estiment à 100 % que c'est certes un domaine d'avenir, mais mal rémunéré. De fait, il n'est pas surprenant de constater ces résultats; ce qui permet de croire que les organismes oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie ne possèdent peut-être pas les fonds nécessaires pour rémunérer les intervenants selon leurs qualifications. En conclusion, il y a une différence très hautement

significative entre les deux groupes au seuil de 0,001, et cette affirmation est confirmée par la prob. du $\chi^2 = 0,000$.

En résumé,

Pour le groupe expérimental :

- 78 % des participants considèrent qu'il y a de l'avenir en termes d'emploi dans le domaine de la toxicomanie, mais ils jugent que c'est un travail mal rémunéré ;

Pour le groupe contrôle,

- 100 % estiment que c'est un emploi d'avenir, mais mal rémunéré.

3.3.5 Les exigences d'emploi dans le domaine de la toxicomanie (question 26)

Dans cette étude, nous cherchons à connaître les différentes exigences rapportées par les participants pour travailler auprès de la clientèle toxicomane. En fait, nous voulons savoir si l'exigence d'un programme de 2^e cycle est jugée nécessaire, ou préférable, pour œuvrer dans ce domaine. L'analyse du khi - carré a permis de connaître la distribution des réponses, et de savoir s'il y a une différence significative dans les distributions observées (tableau 20).

Tableau 20

Les exigences pour l'emploi actuel vues par les participants au mois de juin 2003.

Exigence pour l'emploi actuel					
Prob χ^2 = 0,001	Formation universitaire de 2 ^e cycle nécessaire	Formation universitaire de 2 ^e cycle préférable	Formation universitaire de 2 ^e cycle est ni nécessaire ni préférable	Aucune formation jugée pertinente	Total
Expérimental (N = 22)	36,4 % (n = 8)	50,0 % (n = 11)	4,5 % (n = 1)	9,1 % (n = 2)	100 %
Contrôle (N = 226)	28,3 % (n = 64)	28,8 % (n = 65)	41,6 % (n = 94)	1,3 % (n = 3)	100 %

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Selon l'estimation des participants du groupe expérimental, 86 % (n = 19) d'entre eux considèrent qu'une formation universitaire de 2^e cycle en toxicomanie est nécessaire, ou du moins souhaitable, à l'accomplissement de leur tâche en milieu de travail. Alors que 57 % (n = 129) des participants du groupe contrôle estiment qu'une formation universitaire de 2^e cycle est nécessaire ou préférable, et que 43 % (n = 97) la jugent non nécessaire. On pourrait être porté à croire que l'estimation des participants du groupe expérimental représente un certain parti pris, et ainsi occasionnerait un biais dans l'interprétation des résultats. Toutefois, il nous faut garder en mémoire que ces mêmes participants s'inscrivaient à la formation du programme de 2^e cycle dans le but d'augmenter leurs compétences face à la nouvelle clientèle toxicomane. Ce qui laisse supposer qu'avant la formation, ceux-ci jugeaient également nécessaire ou préférable d'entreprendre des études supérieures et spécialisées dans le champ de la toxicomanie. Selon l'analyse du khi - carré, on note une différence très hautement significative au seuil alpha 0,001 entre les deux

groupes au niveau des exigences de l'emploi actuel. Cette affirmation est entérinée par la prob. du $\chi^2 = 0,001$.

En résumé,

Pour le groupe expérimental :

- 86 % des participants estiment préférable ou nécessaire une formation de 2^e cycle en toxicomanie.

Pour le groupe contrôle :

- 57 % des participants jugent nécessaire ou préférable de suivre une formation de 2^e cycle en toxicomanie.
- 43 % considèrent non nécessaire, et non préférable, de suivre une formation d'études supérieures en toxicomanie.

3.4 Section 4 : Évaluation de la satisfaction à l'égard des programmes (question 28)

Cette section comporte neuf énoncés se rapportant à la satisfaction en général du programme universitaire qu'ont suivi les participants.

À leurs débuts d'études au programme universitaire, les étudiants étaient en droit de s'attendre à recevoir une formation de qualité sous différents angles. Notre but est ainsi de connaître le degré de satisfaction estimé par les participants. L'analyse des différences a été faite par le test de Mann - Whitney, et confirmée par une analyse de la moyenne suivant un test T. Le tableau (21) qui suit illustre notre analyse de données par SPSS.

Tableau 21

Évaluation de la satisfaction des participants à l'égard du programme universitaire suivi.

Selon la Prob U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	ProbF cal	Prob T cal	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Je suis satisfait de la formation que j'ai reçue.		,464	,030	,284	1,45	1,63	-,18
B. Je recommanderais le programme à toute personne.		,114	,002	,015	1,36	1,66	-,30
C. Je choisirais le ou les mêmes programmes.		***,000	,000	***,000	1,00	1,52	-,52
D. Je choisirais une autre université.		***,000	,000	***,000	2,76	3,95	-1,19
E. Il y a un équilibre entre les cours oblig. et à option.		,163	,197	,108	1,86	2,20	-,34
F. La réalisation d'un projet de recherche a été utile.		,120	,000	,126	2,82	3,40	-,58
G. La réalisation d'une activité d'évaluation a été utile.		***,000	,000	***,000	1,91	3,50	-1,59
H. La réalisation d'un stage a été utile.		***,000	,918	***,000	2,73	3,27	-,54
I. Le prog. m'a préparé adéquatement à ma carrière.		***,000	,629	***,000	1,64	2,27	-,63

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Les participants du groupe expérimental se disent très satisfaits du programme suivant les énoncés A, B et C. Entre autres, ils choisiraient le même programme universitaire, ou bien le recommanderaient à d'autres candidats. Par contre, il y a un aspect qu'il ne faut pas surestimer malgré une cote deux sur l'échelle de valeur, à savoir l'énoncé (D) qui fait part du changement d'université. Il faut interpréter cette information à l'effet que les participants estiment peu important de changer d'université malgré toute la satisfaction qu'ils peuvent avoir à l'égard de leur programme. Le fait d'être situé près du métro de Longueuil peut être un attrait pour certains étudiants, par contre, pour ceux et celles qui se déplacent en voiture, cela ne semble pas évident de se trouver un stationnement

abordable près du pont Jacques Cartier, en plus d'avoir à traverser ce pont pour arriver à l'heure au cours du soir. À propos des participants du groupe contrôle, ceux-ci aussi recommanderaient leur programme, tout autant qu'ils sont très satisfaits de la formation qu'ils ont reçue. Un critère important ressort cependant, et c'est celui de changer d'université, à propos duquel on observe une cote de 3,95 soit très près de 4 (pas du tout important) sur l'échelle des valeurs. Au total, les participants du groupe contrôle ne voient pas du tout d'intérêt à changer d'université pour suivre le même programme.

La différence des moyennes indique clairement qu'il y a des différences entre les deux groupes à propos de plusieurs énoncés. D'ailleurs, selon la prob. $U(0,000)$, il y a cinq énoncés dont les différences sont confirmées comme étant très hautement significatives au seuil de alpha 0,001.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on peut affirmer que :

- Les participants du groupe expérimental sont satisfaits du programme qu'ils ont suivi ;
- Les participants estiment peu important le choix de changer d'université pour leur programme.

Pour le groupe contrôle, on peut affirmer que :

- Les participants affichent un degré de satisfaction du programme suivi «très et assez important » ;
- Les participants trouvent peu de satisfaction dans la recherche, l'évaluation ou un stage.

3.5 Section 5 : Le niveau de satisfaction des participants à l'égard de l'enseignement (question 29)

Cette section concerne le niveau de satisfaction des participants à l'égard du corps professoral qu'ils ont eu lors de leurs études universitaires. De fait, lorsque les étudiants s'inscrivent à un programme universitaire, ils s'attendent à bénéficier d'un encadrement académique de la part de leurs professeurs ou des chargés de cours. Ils s'attendent à pouvoir s'exprimer librement ou bien partager leur expertise avec d'autres collègues. Ils espèrent par ailleurs que leurs enseignants maîtrisent bien la matière qu'ils ont à transmettre. Ce sont ces aspects qui seront évalués auprès des participants des groupes de notre étude. Dans le but de transmettre nos résultats, nous avons réalisé une analyse des différences par le test de Mann - Withney suivi du test T pour l'analyse de la moyenne (tableau 22).

Tableau 22

Évaluation de la satisfaction des participants à l'égard de l'enseignement (question 29)

Selon la Prob U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F_{cal}	Prob cal	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Le ratio professeur régulier / chargés de cours était satisfaisant.		*,030	,001	,596	1,68	1,83	-,15
B. Les étudiants pouvaient s'exprimer librement.		***,000	,000	***,000	1,18	1,73	-,55
C. La communication est bonne entre les professeurs et les étudiants.		***,000	,004	***,000	1,23	1,73	-,50
D. Les professeurs maîtrisent bien la matière à enseigner.		***,001	,242	***,001	1,32	1,83	-,51
E. Les prof. font appel à l'expérience pratique des étudiants.		***,000	,191	***,000	1,50	2,17	-,67
F. Les méthodes pédagogiques sont appropriées aux contenus des cours.		***,000	,157	***,000	1,36	1,99	-,63
G. Les professeurs maîtrisent bien le domaine de la toxicomanie.		***,000	,711	***,000	1,23	1,82	-,59

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Ce tableau indique que les participants du groupe expérimental se disent très satisfaits des enseignants. Les participants du groupe contrôle sont assez satisfaits de leurs enseignants. L'analyse réalisée par le test de Mann - Witney dont la prob. $U = 0,000$ indique qu'il y a une différence très hautement significative entre le degré de satisfaction des deux groupes et cela au seuil d'alpha $\alpha 0,001$ dans six des sept énoncés. D'ailleurs, le test T de l'analyse de la moyenne le confirme, et nous pouvons observer les écarts dans la colonne des différences de la moyenne.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on observe que :

- La majorité des participants sont très satisfaits de leurs enseignants ;

Pour le groupe contrôle, on observe que :

- La majorité des participants se disent assez satisfaits des professeurs et chargés de cours qui leur ont enseigné.

De façon générale :

- Il existe une différence très hautement significative du niveau de la satisfaction entre les deux groupes.

3.6 Section 6 : Autres attraits de la formation reçue (question 30)

Cette autre partie du questionnaire qui comporte 15 énoncés a permis de constater la différence entre les deux groupes concernant d'autres attraits du programme tout au long de leurs études. Fait à noter : ce ne sont pas les mêmes objectifs que les participants avaient envisagés d'atteindre tels que décrits dans la première section. Dans cette partie, ce sont des atouts inattendus pour les participants, atouts que le programme leur a permis de développer ou d'y trouver un intérêt lors de leur formation.

Lorsque les étudiants ont terminé leur programme universitaire, ils ont sûrement reçu des bénéfices auxquels ils ne s'attendaient pas. Nous faisons référence au développement d'aptitudes à travailler en équipe, ou bien au fait d'être en mesure de solutionner certains problèmes, ou bien encore à l'acquisition d'outils d'analyses liés à leurs fonctions professionnelles. Nous avons évalué certains objectifs que le programme aurait pu apporter aux participants des deux groupes d'études, en utilisant le test de Mann - Withney sur la différence et le test T sur la moyenne (tableau 23).

Tableau 23

Autres attraits de la formation reçue par les participants (question 30)

Selon la Prob. U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F_{cal}	Prob T_{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
A. Préparation pour de nouvelles resp.		**,005	,101	**,005	1,36	1,81	-,45
B. D'augmenter mes chances de promotion.		,724	,001	,452	2,32	2,11	,21
C. L'augmentation de salaire.		,218	,000	,581	2,32	2,47	-,15
D. D'acquérir une méthode de travail.		,541	,688	,529	1,91	2,00	-,09
E. Aptitude à solutionner des problèmes.		***,000	,605	***,000	1,77	3,08	-1,31
F. Aptitudes à travailler en équipe.		,797	,904	,962	2,45	2,44	0,01
G. Environnement des organisations publiques.		***,000	,014	***,000	1,55	3,10	-1,55
H. D'acquérir des outils d'analyse.		*,044	,062	*,040	1,95	2,42	-,47
I. D'augmenter mes connaissances.		,062	,000	,007	2,09	2,62	-,53
J. Préparer mon retour sur le marché du travail.		***,000	,969	***,000	4,00	2,34	1,66
K. D'obtenir des crédits pour un autre diplôme.		,256	,000	,247	2,64	3,13	-,49
L. De me constituer un réseau de contacts.		,913	,015	,421	1,95	2,09	-,14
M. Personnes qui ont des intérêts similaires.		,298	,000	,000	1,32	1,80	-,48
N. Formulation d'un plan de carrière.		,245	,001	,148	2,41	2,00	,41

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

La plupart des participants des deux groupes trouvent très et assez important les nouveaux atouts que le programme leur a offerts. Pour les participants du groupe expérimental, le fait de rencontrer des gens aux intérêts similaires aux leurs, de même que d'apprendre à se préparer à de nouvelles responsabilités demeurent les deux principaux attraits que le programme leur a procurés. Par contre, la préparation au retour sur le marché

du travail ne semble pas les concerner, et pour cause, la plupart d'entre eux possèdent déjà un emploi permanent. Pour les participants du groupe contrôle, aucun attrait ne s'est avéré très intéressant. Par ailleurs, les participants sont peu en accord avec l'atteinte des objectifs, tels que l'acquisition de crédits universitaires supplémentaires ou l'augmentation de leurs connaissances de l'environnement des organismes publics; ou bien ils considèrent peu important que le programme développe chez eux des habiletés dans la résolution de problèmes. L'analyse de Mann et Withney révèle une différence très hautement significative entre les deux groupes au seuil α 0,001 pour ce qui est des attraits (E, G et J). On constate enfin une différence hautement significative au seuil alpha 0,01 pour l'attrait (A) ainsi qu'une différence significative au seuil alpha 0,05 pour l'énoncé (H). Pour les 11 autres énoncés, il n'y a pas de différence significative au seuil alpha 0,05, et nous conservons H_0 avec un risque β de grandeur inconnue. D'ailleurs, nous n'avons qu'à observer la colonne des différences de la moyenne pour nous en rendre compte.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, les participants considèrent que :

- Les principaux attraits sont dans la rencontre même de gens qui partagent des intérêts similaires et dans la préparation à de nouvelles responsabilités.

Pour le groupe contrôle, les participants considèrent :

- 10 énoncés comme assez importants (A, B, C, D, F, H, J, L, M et N).

Au total, et de façon générale :

- Il y a 11 énoncés sur 16 qui différencient de façon significative les deux groupes.

3.7 Section 7 : L'amélioration des compétences professionnelles (question 31)

Cette partie regroupe 16 énoncés permettant d'évaluer de façon générale l'amélioration des compétences professionnelles des participants en ce qui a trait à leur formation universitaire. En fait, au cours de formation universitaire, les participants

s'attendent à développer ou à améliorer certaines de leurs compétences relatives à leur milieu professionnel. Ils espèrent ainsi acquérir la capacité de mieux performer dans certaines situations, comme la capacité d'analyse et de synthèse, ou encore la capacité de mener à terme un projet. On présume alors que suite à la formation reçue, les participants sont à même de mettre en pratique certains de leurs acquis dans leur milieu professionnel respectif. C'est dans cette optique que nous avons évalué les compétences professionnelles des participants dans ledit milieu. Dans ce sens, nous avons appliqué le test de Mann - Withney sur la différence des groupes, ainsi que le test T pour la moyenne (tableau 24).

Tableau 24

L'évaluation des compétences professionnelles des participants

Amélioration des compétences professionnelles des diplômés							
Selon la Prob. de U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F_{cal}	Prob T_{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Capacités d'analyse et de synthèse.		,700	,051	,913	1,64	1,62	,02
B. Capacité de réagir aux enjeux majeurs.		***,000	,166	***,000	1,68	2,66	-,98
C. Mener à terme un projet d'évaluation.		***,001	,000	***,007	2,41	3,19	-,78
D. Regard critique sur les politiques publiques.		***,000	,889	***,000	1,68	3,31	-1,63
E. Mener à terme un projet de recherche.		***,000	,000	***,000	2,32	3,42	-1,10
F. Capacité de reconnaître mes forces et faiblesses.		***,000	,003	***,000	1,77	2,35	-,57
G. Contrôler les activités de mon organisation.		,180	,000	,385	2,55	2,74	-,19
H. Capacité à faire preuve de créativité.		,567	,153	,708	1,73	1,67	,06
I. Capacité à prendre des décisions appropriées.		,345	,000	,501	2,77	2,51	,26
J. Saisir les enjeux éthiques d'une situation.		***,000	,357	***,000	1,55	3,31	-1,76
K. Capacité d'adaptation à des situations nouvelles.		***,000	,001	**,007	1,68	2,10	-,42
L. Esprit d'initiative.		,753	,145	,827	1,86	1,83	,03
M. Leadership auprès de mon organisation.		***,000	,351	***,000	1,41	2,31	-,90
N. Objectivité dans l'analyse des faits		,015	,000	,411	2,23	2,47	-,24
O. Sens de l'organisation et de la planification.		***,000	,079	***,000	1,41	2,41	-1,0
P. Capacité à intervenir auprès de la clientèle ayant des troubles de comorbidités.		***,000	,747	***,000	1,59	3,34	-1,75

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

La lecture du tableau permet de constater que la plupart des participants du groupe expérimental estiment comme assez importantes les compétences qu'ils ont développées au cours de leur formation. D'ailleurs, tous les énoncés ont une cote (1 ou 2) d'attribuée, et selon notre échelle de valeur celles-ci sont qualifiées de beaucoup (1) ou assez (2). Le test de Mann - Withney nous révèle qu'il y a une différence qualifiée de très hautement significative au seuil α 0,001 entre les deux groupes pour 10 des 16 énoncés. Au vu de la colonne des moyennes, on se rend compte que les participants du groupe expérimental sont ceux qui estiment avoir développé le plus de compétences comparativement à ceux du groupe contrôle. Par ailleurs, la colonne de la différence des moyennes nous apprend que les énoncés D, E, J, et P sont ceux dont l'écart est des plus manifestes avec une cote de presque 1,5 de différence. En fait, les participants du groupe contrôle ont peu développé de compétences, surtout en ce qui a trait à leur capacité d'intervenir auprès de la clientèle ayant des troubles de comorbidités et à leur capacité de saisir les enjeux éthiques d'une situation. Par contre, ils ont développé des compétences dans la capacité d'analyse et de synthèse, de faire preuve de créativité, ainsi que d'avoir un esprit d'initiative. On constate enfin qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour les énoncés A, G, H, I, L et N. Au total, cette analyse permet d'affirmer que les participants du groupe expérimental ont amélioré leurs compétences professionnelles de façon plus significative que les participants du groupe de contrôle pour au moins 11 des 16 énoncés.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate qu'il y a :

- Une différence très hautement significative au seuil de 0,001 dans aux moins dix énoncés portant sur l'amélioration des compétences professionnelles, et une différence significative pour l'énoncé (N) ;
- Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour les cinq énoncés suivants (A, G, H, I et L).

Pour le groupe contrôle, on constate que :

- Les participants estiment qu'ils ont assez amélioré leur compétence professionnelle dans au moins huit énoncés.

3.8 Sections 8 à 10 : L'amélioration du savoir, du savoir - être et du savoir - faire des participants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.

C'est à partir de ces sections que nos variables dépendantes sont confrontées avec les différentes caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane. Le choix des indicateurs retenus (A à N dans le questionnaire) se rapporte aux principales caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane qui sont en lien avec le programme de deuxième cycle en toxicomanie. Ces indicateurs sont confrontés avec les variables dépendantes et sont mesurées selon l'échelle des valeurs (tableau 25) afin d'en connaître leur niveau d'amélioration.

Tableau 25

Les indicateurs retenus pour les énoncés A à N des sections 8 à 10 du questionnaire

Indicateurs	Savoir				Savoir - faire				Savoir - être			
	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout
A. Clientèle judiciarisée et toxicomane.												
B. Clientèle atteinte du VIH - SIDA.												
C. Connaissance des troubles de personnalités.												
D. Clientèle de jeune adulte.												
E. Connaissance de la clientèle psychiatisée.												
F. Connaissance de la clientèle suicidaire.												
G. Clientèle polytoxicomane.												
H. Clientèle issue de la criminalité.												
I. Clientèle de joueurs pathologiques.												
J. Connaissance de ses propres limites												
K. Concept de la réduction des méfaits.												
L. Connaissance du transfert et du contre - transfert.												
M. Connais. de l'utilisation du trans. et du contre - trans.												
N. Connaissance de l'application d'un plan de traitement.												

Chacune des sections comporte les mêmes énoncés se rapportant à l'amélioration du savoir, du savoir - être ou du savoir - faire professionnel des répondants du groupe expérimental et celui du groupe contrôle à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane. Les 14 énoncés représentent une variable indépendante se rapportant à la nouvelle clientèle toxicomane. Les répondants du groupe contrôle ont eu à répondre aux mêmes énoncés que ceux du groupe expérimental. On suppose que le programme suivi par les répondants du groupe expérimental a contribué à l'amélioration de leurs compétences de façon significative afin d'intervenir auprès de cette nouvelle clientèle. L'analyse des résultats permettra d'établir l'existence d'une relation entre le nouveau programme universitaire de deuxième cycle en toxicomanie et l'amélioration des trois types de savoirs chez les répondants. La même analyse sera faite sur les résultats obtenus par les participants du groupe contrôle. Ces résultats seront ensuite colligés et comparés entre les deux groupes.

3.8.1 L'amélioration du savoir professionnel (question 33)

Lorsque les étudiants s'inscrivent dans un programme universitaire de second cycle, ils veulent au départ s'enrichir de connaissances et / ou approfondir un sujet qu'ils connaissaient déjà afin d'améliorer ce qu'ils avaient préalablement acquis. Cette partie du questionnaire qui comporte 14 énoncés marque le début de notre étude comparative mettant en jeu la variable dépendante « le savoir ». Chacun des énoncés concerne une caractéristique de la nouvelle clientèle toxicomane. Nous avons comparé l'amélioration du savoir des finissants (groupe expérimental) du diplôme de 2^e cycle en toxicomanie à l'amélioration des connaissances des autres intervenants en toxicomanie (groupe contrôle) qui n'ont pas suivi ledit programme de 2^e cycle, mais qui ont suivi d'autres formations universitaires. Pour ce faire, nous avons réalisé un test sur les différences de Mann - Withney (prob. U) et le test T sur la moyenne (tableau 26)

Tableau 26

L'évaluation du savoir professionnel des participants

Dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos connaissances (savoir) à l'égard des caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane ?

Selon la Prob. <i>U</i>	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W <i>U</i>	Prob <i>F</i> _{cal}	Prob <i>T</i> _{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	différence μ
A.	Clientèle judiciarisée et toxicomane.	***,000	,163	***,000	1,86	3,08	-1,22
B.	Clientèle atteinte du vih-sida.	***,000	,001	***,000	2,27	3,03	-,75
C.	Connaissance des troubles de personnalités.	***,000	,709	***,000	1,5	3,46	-1,96
D.	Clientèle de jeune adulte.	,934	,001	,645	2,95	2,86	,10
E.	Connaissance de la clientèle psychiatisée.	***,000	,412	***,000	1,82	3,52	-1,70
F.	Connaissance de la clientèle suicidaire.	***,000	,000	***,000	2,36	3,03	-,67
G.	Clientèle polytoxicomane.	***,000	,000	***,000	1,82	2,73	-,91
H.	Clientèle issue de la criminalité, etc.	***,000	,048	***,000	1,95	3,31	-1,36
I.	Clientèle de joueurs pathologiques.	**,004	,000	*,011	2,73	3,43	-,70
J.	Connaissance de ses propres limites.	***,000	,558	***,000	2,05	3,62	-1,57
K.	Concept de la réduction des méfaits.	***,000	,028	***,000	1,91	2,70	-,79
L.	Connaissance du transfert et contre-transfert.	***,000	,000	***,000	1,95	3,38	-1,43
M.	Connaissance de l'utilisation du transfert et contre - transfert.	***,000	,001	***,000	2,09	3,73	-1,64
N.	Connaissance de l'application d'un plan de traitement.	**,004	,012	**,002	1,73	2,23	-,50

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

On constate qu'il existe bien une différence au niveau de l'amélioration du savoir entre les deux groupes. Ce que confirme la colonne de la différence des moyennes.

La plupart des prob. $U(11)$ sont sous le seuil alpha $\alpha 0,001$ et, selon l'hypothèse et la table de décision, nous rejetons H_0 et affirmons qu'il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes au niveau du savoir à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane. La moyenne calculée par le test T nous confirme bien ces observations. L'écart (1,96) entre les deux groupes est encore plus manifeste en ce qui a trait au savoir concernant les troubles de personnalité, un écart du savoir mettant en perspective la clientèle psychiatisée (1,70). Dans ce sens, on dénombre sept énoncés dont la différence est supérieure à (1). L'analyse du tableau 24 démontre que les participants du groupe expérimental estiment qu'ils ont assez amélioré leur savoir concernant 11 énoncés, notamment en ce qui a trait aux troubles de personnalités. Par contre, avec une cote de (3), l'énoncé touchant à la clientèle de jeunes adultes et celui concernant la clientèle de joueurs pathologiques semblent constituer l'aspect que les participants ont peu amélioré au niveau du savoir. Quant aux participants du groupe contrôle, ils auraient peu amélioré leur savoir à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane, si l'on s'en tient à la cotation de 11 énoncés. Cependant, d'après la moyenne des différences, ils auraient mieux amélioré leur savoir face à la clientèle de jeunes adultes. En conclusion, nous affirmons que les finissants du programme de 2^e cycle en toxicomanie (expérimental) ont amélioré significativement leur savoir auprès de la nouvelle clientèle toxicomane, comparativement aux participants du groupe de contrôle.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on constate que :

- Les participants estiment avoir « beaucoup » et « assez » amélioré leur savoir à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane ;
- Peu d'amélioration du savoir auprès de la clientèle de jeunes adultes.

Pour le groupe contrôle, on considère :

- Avoir peu amélioré son savoir face à la nouvelle clientèle toxicomane ;
- La meilleure amélioration du savoir concerne la clientèle de jeunes adultes.

De façon générale, il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes au seuil alpha α 0,001.

3.8.2 L'amélioration du savoir - être (question 34)

Cette section porte sur une autre de nos variables dépendantes, le savoir - être. On se rappellera que le savoir - être cible les capacités conceptuelles générales, la capacité de percevoir une problématique, la capacité d'évaluer un individu face à sa problématique, la responsabilité en tant qu'intervenant ou de gestionnaire, le sens de l'éthique et une sensibilité par rapport aux besoins des clients. Nous présumons que les participants ont amélioré leurs attitudes à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane suite à leur formation universitaire.

Les participants qui ont amélioré leurs connaissances au cours de leur formation ont également développé un savoir - être les aidant à mieux intervenir auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. Nous avons comparé le niveau d'amélioration du savoir - être des deux groupes, soit le groupe de finissants du 2^e cycle qui se veut être notre groupe expérimental et le groupe des autres intervenants (groupe contrôle) dans leur milieu professionnel respectif. Tout comme précédemment, nous avons réalisé une analyse des différences par le test de Mann - Withney suivi du test T pour la confirmation par la moyenne. Cette analyse nous a permis de constater qu'il y avait une différence statistique significative entre les deux groupes au niveau des attitudes dans le mode d'intervention à l'égard de la clientèle toxicomane (tableau 27).

Tableau 27

L'amélioration du savoir - être des participants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.

Dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos attitudes (savoir - être) à l'égard des caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane ?							
Selon la Prob. de U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F _{cat}	Prob T _{cat}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
A. Clientèle judiciarisée et toxicomane.		***,000	,000	***,000	2,09	3,37	-1,28
B. Clientèle atteinte du vih-sida.		***,000	,000	***,000	2,09	2,91	-0,82
C. Auprès des troubles de personnalité.		***,000	,003	***,000	1,82	3,21	-1,39
D. Clientèle de jeune adulte.		** ,005	,000	,083	2,45	2,83	-0,38
E. Attitudes auprès de la clientèle psychiatisée.		,008	,444	,063	2,86	3,17	-0,31
F. Attitudes auprès de la clientèle suicidaire.		***,000	,000	***,000	2,18	3,43	-1,25
G. Clientèle polytoxicomane.		,301	,109	,265	2,50	2,65	-0,15
H. Clientèle issue de la criminalité.		***,000	,218	***,000	2,18	2,96	-0,77
I. Clientèle de joueurs pathologiques.		***,000	,024	***,001	2,45	3,19	-0,74
J. Ses propres limites lors d'intervention.		***,000	,611	***,000	2,00	3,21	-1,21
K. Attitudes face à la réduction des méfaits.		***,001	,000	***,000	2,00	2,46	-0,46
L. Vis à vis le transfert et le contre - transfert.		***,000	,010	***,000	2,27	3,34	-1,07
M. L'utilisation du transfert et du contre - transfert.		***,000	,000	***,000	2,32	3,66	-1,34
N. Dans l'application d'un plan de traitement.		,632	,031	,874	1,95	1,97	-0,02

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

La lecture du tableau ci-dessus permet d'affirmer qu'il y a une différence très hautement significative avec un risque α 0,001 entre les deux groupes auprès de 10 des 14

énoncés. Cette affirmation est confirmée par la Prob. de U et nous permet de rejeter H_0 et de conserver H_1 . De plus, à la lecture de la moyenne, nous notons que les participants du groupe expérimental se différencient nettement des participants du groupe contrôle, et ce, de façon significative. La majorité des participants du groupe expérimental estiment que le programme suivi a permis d'améliorer assez leur attitude vis à vis de la nouvelle clientèle toxicomane. Les attitudes les plus marquantes que le programme leur a permis d'améliorer se réfèrent à la clientèle ayant des troubles de personnalité ainsi qu'à l'élaboration d'un plan de traitement adéquat. Cependant, le programme a peu amélioré l'attitude des répondants à l'égard de la clientèle psychiatisée. Quant aux participants du groupe contrôle, la majorité juge que le programme qu'ils ont suivi a peu amélioré leur attitude face à cette même clientèle. Par contre, ils estiment que le programme leur a permis d'améliorer assez leur attitude à l'égard de la réduction des méfaits et dans l'application d'un plan de traitement.

Enfin, il y a deux aspects où on ne relève pas de différence significative entre les deux groupes, à savoir a) les attitudes face à la clientèle polytoxicomane et b) les attitudes dans l'application d'un plan de traitement. Nous concluons en affirmant que les finissants du 2^e cycle ont amélioré leur savoir - être de façon beaucoup plus significative que leurs collègues du groupe contrôle à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on remarque que :

- Les participants estiment que le programme leur a permis d'améliorer assez leur savoir - être à l'égard de la clientèle toxicomane;
- Le savoir - être à l'égard à la clientèle ayant des troubles de personnalité est l'aspect que le programme leur a permis d'améliorer le plus.

Pour le groupe contrôle, on observe que :

- Les participants considèrent que leur programme d'étude leur a peu permis d'améliorer leur savoir - être selon 11 énoncés ;

- Le programme n'a pas du tout amélioré leur attitude dans l'utilisation du transfert et du contre transfert auprès de la nouvelle clientèle toxicomane.

De façon générale, on constate :

- Qu'il y a 11 énoncés sur 14 dont la différence est très hautement significative.
- Que l'analyse de la moyenne confirme les différences entre les deux groupes, et c'est le programme universitaire suivi par les participants du groupe expérimental qui a permis d'améliorer le plus le savoir - être à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.

3.8.3 L'amélioration du savoir - faire (question 35)

Nous présumons que, par leur formation universitaire, les participants ont tous amélioré leurs habiletés d'intervention auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. Dans ce sens, nous avons utilisé de nouveau le test des différences de Mann - Withney suivi du test de T pour la confirmation par la moyenne (tableau 28). Notre hypothèse est la suivante : existe - t - il une différence entre les deux groupes au niveau de l'amélioration du savoir - faire?

Tableau 28

L'amélioration du savoir - faire des participants à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.

Dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos <u>habiletés</u> (savoir - faire) à l'égard des caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane ?								
Selon la Prob. <i>U</i>	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W <i>U</i>	Prob <i>F</i> _{cal}	Prob <i>T</i> _{cal}	Test T			
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ	
A.	Clientèle judiciarisée et toxicomane.	***,000	,000	***,000	2,27	3,40	-1,13	
B.	Clientèle atteinte du vih-sida.	***,000	,514	***,000	2,55	3,28	-0,73	
C.	Clientèle ayant des troubles de personnalité.	***,000	,645	***,003	1,91	3,75	-1,84	
D.	Habiletés auprès de la clientèle de jeune adulte.	***,000	,003	** ,007	2,68	3,19	-0,50	
E.	Habiletés auprès de la clientèle psychiatisée.	***,000	,000	***,000	2,50	3,50	-1,00	
F.	Habiletés auprès de la clientèle suicidaire.	***,000	,161	***,000	2,41	3,13	-0,72	
G.	Clientèle polytoxicomane.	***,000	,000	***,000	2,00	2,59	-0,59	
H.	Clientèle issue de la criminalité, etc.	***,000	,012	***,000	2,23	3,48	-1,25	
I.	Clientèle de joueurs pathologiques.	** ,003	,054	** ,002	3,00	3,45	-0,45	
J.	Ses propres limites lors d'intervention.	***,000	,026	***,000	2,05	3,18	-1,14	
K.	Concept de la réduction des méfaits.	***,000	,736	***,000	1,77	2,52	-0,75	
L.	Reconnaître le transfert et le contre-transfert.	***,000	,000	***,000	2,27	3,55	-1,28	
M.	Utiliser le transfert et le contre-transfert.	***,000	,003	***,000	2,36	3,75	-1,38	
N.	Habiletés dans l'application d'un plan de traitement adéquat.		,458	,018	,173	1,91	2,08	-0,17

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

La lecture du tableau démontre qu'il y a 10 énoncés dont la prob. U est inférieure à $\alpha 0,001$. Il existe donc une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés. Ce qui indique clairement que la différence du savoir - faire entre les deux groupes est hautement significative avec un seuil alpha 0,001, ce que confirme l'analyse de la moyenne. En effet, on remarque que la majorité des participants du groupe expérimental considèrent que leur programme leur a permis assez d'améliorer leur habileté d'intervention auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. De plus, on observe chez les tenants de ce groupe trois aspects auxquels le programme suivi a peu contribué à l'amélioration de leur savoir-faire : leurs habiletés d'interventions auprès de la clientèle constituée de jeunes adultes et de joueurs pathologiques ainsi qu'auprès de la clientèle atteinte de VIH - SIDA. Alors que pour la majorité des participants du groupe contrôle, le programme a peu amélioré leur habileté d'intervention auprès de cette même clientèle. Par ailleurs, ils considèrent n'avoir pas du tout amélioré leur habileté d'intervention auprès de la clientèle souffrant de troubles de personnalité, ni les habiletés requises pour utiliser le transfert et le contre - transfert, et de les reconnaître. Autre fait : on remarquera que la moyenne des différences entre les deux groupes est très élevée dans cinq énoncés (C, J, L, M, et H). En fait, ce qui retient particulièrement notre attention, c'est que, parmi ces énoncés, il y a celui qui concerne les personnes ayant des troubles de personnalité, celui de la capacité de reconnaître ses propres limites lors d'intervention, celui de l'utilisation du transfert et du contre transfert, celui d'être en mesure de reconnaître le transfert et le contre - transfert, et celui de la clientèle criminalisée. Les participants du groupe de contrôle ont peu amélioré leur savoir, leur savoir - être et leur savoir - faire à l'égard de ces cinq énoncés, de par leur formation, lorsque comparés à leurs collègues du groupe expérimental. Les caractéristiques de ces énoncés constituent en soi une partie des objectifs à atteindre par le programme de 2^o cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, et les finissants qui constituent le groupe expérimental y répondent bien.

Nous pouvons conclure que la formation suivie a permis aux participants du groupe expérimental d'améliorer leurs habiletés de façon très hautement significative à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane comparativement au groupe contrôle au seuil $\alpha 0,001$.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, les résultats démontrent que :

- La majorité estime avoir assez amélioré son savoir-faire pour intervenir auprès de la nouvelle clientèle toxicomane ;
- Les participants considèrent avoir peu amélioré leur savoir - faire pour intervenir auprès des joueurs pathologiques, de la clientèle de jeunes adultes et celle atteinte du VIH - SIDA.

Pour le groupe contrôle, les résultats sont comme suit :

- Les participants jugent avoir assez amélioré leur savoir - faire pour appliquer un plan de traitement, ainsi que dans l'application d'un plan de traitement adéquat ;
- Les participants considèrent, pour la majorité des autres énoncés, avoir peu amélioré leur savoir - faire lors d'interventions auprès de la nouvelle clientèle toxicomane.

De façon générale :

- Il existe des différences très hautement significatives entre les deux groupes dans presque tous les énoncés.
- La différence des moyennes est très élevée entre les deux groupes.

3.9 Sections 11 à 13 : L'amélioration du savoir, savoir - être et savoir - faire des participants envers les troubles de comorbidité.

Cette partie concerne l'évaluation du savoir, du savoir - être et du savoir - faire professionnel des participants pour ce qui est des troubles de comorbidité. Par comorbidié, nous désignons les troubles de santé mentale et de toxicomanie. Il faut se rappeler ici que ce type de problématique rencontrée chez les personnes alcooliques et toxicomanes constitue une bonne partie de la clientèle des centres de traitement. Pour les trois dernières sections, le choix des indicateurs retenus font référence au domaine de la comorbidité. Ces indicateurs proviennent des caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane associés aux troubles de comorbidité et qui sont en lien avec le nouveau programme de formation en

toxicomanie (tableau 29). Aussi, nous avons ajoutés des indicateurs provenant de la section du questionnaire de la Fédération québécoise des Centres de Réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes référant aux troubles de comorbidités.

Tableau 29

Indicateurs retenus pour les troubles de comorbidité :
section 11 à 13 du questionnaire

Indicateurs	Savoir				Savoir - faire				Savoir - être			
	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout
1. Trouble de l'humeur D. Dépression												
2. Trouble anxieux E. Panique F. Agoraphobie G. Trouble d'anxiété généralisée H. Phobie sociale I. Désordre post - traumatisme J. Trouble obsessionnel - compulsif												
3. Troubles mentaux sévères et persistants K. Schizophrénie L. Troubles bipolaires												
4. Désordre de la personnalité Groupe A M. Paranoïde N. Schizoïde O. Schizotypique Groupe B P. Anti - social Q. Personnalité limite R. Histrionique S. Narcissique Groupe C T. Personnalité évitante U. Personnalité dépendante V. Personnalité obsessionnelle - compulsive W. Troubles de l'alimentation X. Dépendance à une substance Y. Abus à une substance												

Les trois sections changeront en termes de savoir, savoir - être et de savoir - faire, les énoncés demeurant les mêmes. À l'instar des trois dernières sections, nous présumons que le programme universitaire de deuxième cycle en toxicomanie a permis d'améliorer les compétences des répondants dans leurs interventions auprès de la nouvelle clientèle toxicomane.

3.9.1 L'amélioration du savoir des participants quant aux troubles de comorbidité (questions 36)

Nous présumons que les participants, de par leur formation universitaire, ont amélioré leurs connaissances afin d'intervenir adéquatement auprès de leur clientèle. Nous avons comparé la progression du savoir des participants du groupe expérimental à celle du groupe contrôle à l'égard de cette problématique. De par le test des différences de Mann - Withney et du test T pour la confirmation par la moyenne, nous sommes en mesure de vérifier s'il y a une différence significative entre les deux groupes (tableau 30). Rappelons que l'hypothèse du test de Mann - Withney est la suivante :

H_0 : Les deux groupes sont égaux

H_1 : Il y a une différence entre les deux groupes.

Tableau 30

L'amélioration du savoir des participants à l'égard des troubles de comorbidités

Dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos connaissances (savoir) à l'égard des troubles de comorbidités chez la nouvelle clientèle toxicomane ?							
Selon la Prob U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F _{cal}	Prob T _{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
1. Trouble de l'humeur :							
A. Dépression		***,000	,561	***,000	2,14	3,10	-0,97
2. Trouble anxieux :							
B. Panique		***,000	,108	***,000	2,36	3,43	-1,07
C. Agoraphobie		***,000	,021	***,000	2,68	3,43	-0,75
D. Trouble d'anxiété généralisée		***,000	,312	***,000	2,36	3,24	-0,88
E. Phobie sociale		***,000	,149	***,000	2,32	3,36	-1,04
F. Désordre post-traumatisme		***,000	,182	***,000	2,50	3,77	-1,27
G. Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)		***,000	,001	***,000	1,77	3,30	-1,53
3. Troubles mentaux sévères et persistants :							
H. Schizophrénie		***,000	,033	***,000	2,27	3,31	-1,04
I. Troubles bipolaires (maniaco-dép.)		***,000	,870	***,000	2,18	3,36	-1,18
4. Désordre de la personnalité :							
Groupe A :							
J. Paranoïde		***,000	,104	***,000	2,14	3,49	-1,35
K. Schizoïde		***,000	,371	***,000	2,55	3,49	-0,94
L. Schizotypique		***,000	,158	***,000	2,55	3,44	-0,89
Groupe B :							
M. Anti-social		***,000	,007	***,000	1,73	3,39	-1,66
N. Personnalité limite (borderline)		***,000	,000	***,000	1,77	3,52	-1,75
O. Histrionique		***,000	,000	***,000	2,00	3,43	-1,43
P. Narcissique		***,000	,245	***,000	1,64	3,58	-1,94
Groupe C :							
Q. Personnalité évitante		***,000	,003	***,000	2,23	3,31	-1,08
R. Personnalité dépendante		***,000	,062	***,000	2,14	2,86	-0,72
S. Personnalité Obsessive-compulsive		***,000	,033	***,000	1,77	3,15	-1,38
T. Troubles de l'alimentation		***,000	,573	***,000	2,68	3,21	-0,53
U. Dépendance à une substance		,246	,524	,174	1,50	1,70	-0,20
V. Abus d'une substance		***,000	,001	***,000	1,50	2,00	-0,50

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

L'analyse de la colonne de la prob. U permet de noter une différence très hautement significative entre les deux groupes au niveau du savoir des personnes ayant des troubles de comorbidités au seuil α 0,001. La lecture des moyennes confirme cette différence. De plus, l'observation de la différence des moyennes permet de constater des écarts d'importants entre les deux groupes. Ainsi, selon l'hypothèse de Mann - Withney, si la prob est $\leq 0,001$, l'hypothèse nulle est rejetée, et la différence se fait très hautement significative entre les paramètres étudiés au seuil α 0,001. Ce résultat est confirmé par le test T.

Les participants du groupe expérimental estiment en majorité que le programme suivi leur a permis d'améliorer assez leur savoir afin d'intervenir auprès de cette nouvelle clientèle. Plus précisément, ces participants considèrent qu'ils ont beaucoup plus amélioré leur savoir dans les cas de troubles de personnalité de groupe « B » et « C », comme le démontre la colonne des moyennes du groupe expérimental. Ils considèrent de plus que leur programme suivi a peu amélioré leur connaissance en ce qui a trait au domaine de l'agoraphobie, des troubles schizoïdes et schizotypique. Dans 17 des 22 énoncés, les participants du groupe contrôle considèrent que leur formation suivi a peu amélioré leur savoir pour ce qui est de la clientèle souffrant de comorbidité. Cependant, ils estiment avoir assez amélioré deux aspects du trouble de personnalité du groupe (C), à savoir les personnes qui ont une dépendance à une substance et celles qui font de l'abus. D'ailleurs, le seul aspect où il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concerne l'amélioration du savoir à propos des troubles de dépendance à une substance.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, les participants :

- Estiment que leur programme d'étude leur a permis d'améliorer assez leurs connaissances, dans presque tous les énoncés, dans leur pratique professionnelle auprès de ce type de clientèle ;

- Considèrent que le programme suivi a peu amélioré leur savoir quant aux énoncés (C, K et L).

Pour le groupe contrôle, les participants :

- Jugent que leur programme d'étude a peu contribué à l'amélioration de leur savoir d'intervention auprès de la clientèle vivant des troubles de comorbidité ;
- Sont d'avis que grâce à leur formation suivie, ils ont assez amélioré leur savoir en présence d'une clientèle dépendante à une substance psychoactive ou faisant de l'abus.

De façon générale :

- Tous les énoncés sauf celui de la dépendance à une substance sont très hautement significatifs au seuil $\alpha \leq 0,001$;
- La majorité des différences de moyenne se situent près de (1).

3.9.2 L'amélioration du savoir - être à l'égard des troubles de comorbidité (question 37)

Cette partie du questionnaire fait référence au domaine du savoir - être des participants vis à vis des personnes vivant des troubles de comorbidité. Notre questionnaire est réparti en quatre catégories de troubles mentaux rencontrés assez régulièrement chez la nouvelle clientèle toxicomane : Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles mentaux sévères et persistants ainsi que les troubles de désordre de la personnalité selon trois sous - groupes.

Le savoir - être concerne les attitudes développées chez les participants visant à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle toxicomane. Selon le type de trouble de comorbidité en question, tel celui de la toxicomanie / narcissique ou de la toxicomanie / antisocial, l'intervenant doit tenir une attitude appropriée pour venir en aide à ce type de clientèle. Nous supposons que les participants du groupe expérimental, de par leur programme d'études universitaires ont amélioré de façon significative leur aptitude à venir en aide aux personnes ayant des troubles de comorbidité. Le test des différences de Mann - Withney et le test T pour la confirmation par la moyenne sont utilisés (tableau 31).

Tableau 31

L'amélioration du savoir - être des participants à l'égard
des troubles de comorbidité.

Dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos attitudes (savoir - être) à l'égard des troubles de comorbidité chez la nouvelle clientèle toxicomane ?							
Selon la Prob. <i>U</i>	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W <i>U</i>	Prob <i>F</i> _{cal}	Prob <i>T</i> _{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
Énoncés							
1. Trouble de l'humeur :							
A. Dépression		***,000	,107	***,000	2,32	3,39	-1,07
2. Trouble anxieux :							
B. Panique		***,000	,391	***,000	2,18	3,46	-1,28
C. Agoraphobie		***,000	,353	***,000	2,64	3,41	-0,77
D. Trouble d'anxiété généralisée		***,000	,036	***,000	2,27	3,36	-1,09
E. Phobie sociale		***,000	,663	***,000	2,45	3,22	-0,77
F. Désordre post-traumatisme		***,000	,000	***,000	2,45	3,59	-1,13
G. Trouble obsessionnel - compulsif (TOC)		***,000	,054	***,000	2,0	3,36	-1,36
3. Troubles mentaux sévères et persistants :							
H. Schizophrénie		***,000	,001	***,000	2,05	3,55	-1,50
I. Troubles bipolaires (maniaque - dépr.)		***,000	,085	***,000	1,77	3,66	-1,89
4. Désordre de la personnalité :							
Groupe A :							
J. Paranoïde		***,000	,172	***,000	2,50	3,44	-0,94
K. Schizoïde		***,000	,345	***,000	2,32	3,54	-1,22
L. Schizotypique		***,000	,170	***,000	2,32	3,62	-1,30
Groupe B :							
M. Anti-social		***,000	,073	***,000	1,82	3,45	-1,63
N. Personnalité limite (borderline)		***,000	,006	***,000	1,82	3,63	-1,81
O. Histrionique		***,000	,000	***,000	2,23	3,43	-1,21
P. Narcissique		***,000	,364	***,000	1,82	3,71	-1,89
Groupe C :							
Q. Personnalité évitante		***,000	,266	***,000	2,45	3,51	-1,05
R. Personnalité dépendante		***,000	,176	***,000	2,36	3,07	-0,71
S. Personnalité Obsessive - compulsive		***,000	,000	***,000	2,14	3,30	-1,16
T. Troubles de l'alimentation		***,000	,234	,044	2,50	3,38	-0,88
U. Dépendance à une substance		,721	,400	,056	1,55	1,65	-0,10
V. Abus d'une substance		,320	,466	,064	1,86	2,03	-0,17

Table de décision :

* H_1 à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H_1 à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H_1 à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Si non : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

Nous observons que presque toutes les prob. U sont sous le seuil de α 0,001, à l'exception des énoncés portant sur la dépendance à une substance, ou sur l'abus. Par ailleurs, la colonne des moyennes indique que la majorité des participants du groupe expérimental considère avoir assez amélioré ses attitudes vis à vis de la clientèle souffrant de troubles de comorbidité. Qui plus est, ces mêmes participants ont beaucoup plus amélioré leur savoir - être concernant certains troubles de personnalité inclus dans le groupe (B) et (C).

Pour ce qui est du groupe contrôle, les participants déclarent dans 12 des 22 énoncés (A, B, C, D, E, G, J, M, O, R, S et T) avoir peu amélioré leur savoir - être. Pour 10 autres énoncés, ils considèrent que leur programme d'études n'a pas du tout amélioré leur savoir - être. Par contre, ils ont amélioré assez leur savoir - être auprès des personnes vivant des troubles de dépendance à une substance psychoactive ou en faisant de l'abus. D'ailleurs, à l'énoncé portant sur la dépendance à une substance et à celui de l'abus, on remarque qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Il n'est pas étonnant qu'on ne trouve pas de différence significative pour ces deux aspects, car le trouble de dépendance et celui de l'abus ne constituent pas en soi un trouble de comorbidité. Il faut se rappeler que c'est plutôt lorsque le trouble de dépendance ou de l'abus se trouvent jumelés avec d'autres troubles, comme un problème de santé mentale par exemple, que le mode d'intervention se complique. On peut dire que les cours suivis du programme portant sur la toxicomanie sont équivalants pour les deux groupes et / ou que les participants des deux groupes considèrent que leur programme a permis d'améliorer l'aspect de l'abus et de la dépendance à une substance. Cependant, dans les autres domaines plus spécifiques touchant la nouvelle clientèle, l'amélioration du savoir - être diffère de façon très hautement significative.

En conclusion, l'observation de la colonne des différences de la moyenne permet de conclure que le programme d'études du groupe expérimental a contribué de façon très hautement significative à l'amélioration du savoir - être par rapport à celui du groupe contrôle. Le test T de la moyenne des groupes confirme cette différence.

En résumé,

Pour le groupe expérimental, on observe que :

- Les participants ont assez amélioré leur savoir - être notamment à l'égard des troubles de personnalité, et principalement pour ce qui est des groupes « B » et « C » ;

Pour le groupe contrôle, on constate que :

- Les participants ont peu amélioré leur savoir - être face aux troubles de comorbidité.
- Les participants estiment avoir assez amélioré leur savoir - être pour venir en aide aux personnes ayant développé une dépendance à une substance.

De façon générale :

- On remarque qu'il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes dans 20 cas des 22 énoncés. La colonne de la différence des moyennes confirme ces faits. L'observation à retenir est la différence de 1 dans la plupart des énoncés. Cette différence est importante du fait que le groupe expérimental ne peut être classé dans la même catégorie que celui du groupe contrôle, car une valeur de plus de 1 fait qu'automatiquement il y a un changement de catégorie selon notre échelle de valeurs. Ici, l'ensemble du groupe expérimental est classé dans la catégorie « assez » et le groupe contrôle dans celui de « peu ».

3.9.3 L'évaluation du savoir - faire des participants lié aux troubles de comorbidité (question 38)

Le savoir - faire concerne les habiletés professionnelles des participants. Après avoir fait l'évaluation de l'amélioration du savoir et du savoir - être des participants, nous passons à l'évaluation de l'amélioration du savoir - faire à l'égard des troubles de comorbidité. Nous présumons que les participants avaient acquis des habiletés lors de leurs études universitaires afin de répondre à ce type de problématique. Nous avons, comme jusqu'ici, utilisé le test des différences de Mann - Wythney ainsi que le test T pour la confirmation par la moyenne (tableau 32). L'hypothèse du test de Mann - Withney est toujours la même.

Tableau 32

L'amélioration du savoir - faire des participants à l'égard
des troubles de comorbidités.

Dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos habiletés (savoir - faire) à l'égard des troubles de comorbidités chez la nouvelle clientèle toxicomane ?							
Selon la Prob. U	Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup 1,51 et 2,50 : Assez 2,51 et 3,50 : Peu 3,51 et 4,00 : Pas du tout	Prob M-W U	Prob F _{cat}	Prob T _{cal}	Test T		
					Expérimental μ	Contrôle μ	Différence μ
1. Trouble de l'humeur :							
A. Dépression		***,000	,000	***,000	1,91	3,45	-1,54
2. Trouble anxieux :							
B. Panique		***,000	,842	***,000	2,45	3,46	-1,01
C. Agoraphobie		***,000	,000	***,000	2,68	3,46	-0,78
D. Trouble d'anxiété généralisée		***,000	,001	***,000	2,32	3,56	-1,24
E. Phobie sociale		***,000	,058	***,000	2,55	3,42	-0,87
F. Désordre post-traumatisme		***,000	,000	***,000	2,41	3,81	-1,40
G. Trouble obsessionnel - compulsif (TOC)		***,000	,000	***,000	2,00	3,58	-1,58
3. Troubles mentaux sévères et persistants :							
H. Schizophrénie		***,000	,652	***,000	2,18	3,61	-1,43
I. Troubles bipolaires (maniaco - dépr.)		***,000	,816	***,000	1,91	3,62	-1,71
4. Désordre de la personnalité :							
Groupe A :							
J. Paranoïde		***,000	,417	***,000	2,32	3,39	-1,07
K. Schizoïde		***,000	,947	***,000	2,45	3,50	-1,05
L. Schizotypique		***,000	,524	***,000	2,64	3,70	-1,06
Groupe B :							
M. Anti-social		***,000	,143	***,000	1,73	3,56	-1,83
N. Personnalité limite (borderline)		***,000	,365	***,000	1,77	3,65	-1,88
O. Histrionique		***,000	,000	***,000	1,95	3,50	-1,54
P. Narcissique		***,000	,011	***,000	1,68	3,90	-2,22
Groupe C :							
Q. Personnalité évitante		***,000	,011	***,000	2,23	3,39	-1,17
R. Personnalité dépendante		***,000	,406	***,000	2,18	3,22	-1,03
S. Personnalité Obsessive - compulsive		***,000	,006	***,000	1,86	3,38	-1,52
T. Troubles de l'alimentation		***,000	,078	***,000	2,41	3,29	-0,88
U. Dépendance à une substance		***,001	,141	***,001	1,45	1,83	-0,38
V. Abus d'une substance		***,000	,194	***,000	1,68	2,14	-0,46

Table de décision :

* H₁ à $\alpha \leq 0,05$; Il existe une différence significative entre les paramètres étudiés.

** H₁ à $\alpha \leq 0,01$; Il existe une différence hautement significative entre les paramètres étudiés.

*** H₁ à $\alpha \leq 0,001$; Il existe une différence très hautement significative entre les paramètres étudiés.

Sinon : On ne possède pas assez d'évidences d'une possible inégalité entre les paramètres étudiés et on doit conclure que les paramètres étudiés ne sont pas significativement différents, ceci avec un risque β de grandeur inconnue.

La prob. U indique que tous les énoncés sont sous le seuil de $\alpha 0,001$. À partir de cette information, nous pouvons affirmer qu'il y a une différence très hautement significative entre les deux groupes. Pareillement, l'observation des moyennes confirme le test de Mann - Wythney. Par ailleurs, nous constatons, à la colonne des différences de la moyenne, que presque tous les énoncés ont (1) comme différence, voire (2) dans un cas d'énoncé. Ces observations laissent croire que les participants du groupe expérimental ont amélioré de façon beaucoup plus significative leur savoir - faire à l'égard des personnes souffrant des troubles de comorbidités.

Le tableau indique que le programme d'études a permis à la majorité des participants du groupe expérimental d'améliorer assez ses habiletés à intervenir auprès de la nouvelle clientèle toxicomane, surtout auprès de celle ayant des troubles de personnalité liés au groupe « B » et « C ». Par contre, dans le cas de trois énoncés, le programme a peu contribué à l'amélioration des habiletés des participants. Pour ce qui est des participants du groupe contrôle, leur programme d'études a peu, ou pas du tout, amélioré leurs habiletés pour l'ensemble des énoncés. Encore une fois, les participants révèlent que pour les énoncés portant sur la dépendance ou l'abus à une substance psychoactive, leur programme d'études a permis d'améliorer assez leurs habiletés.

Nous concluons en ces termes : le programme universitaire de 2^o cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke a permis aux répondants du groupe expérimental d'améliorer leurs habiletés de façon très hautement significative au seuil $\alpha 0,001$ en ce qui a trait aux troubles de comorbidité en comparaison avec les répondants du groupe contrôle.

En résumé,

Pour les participants du groupe expérimental, on considère que :

- Leur programme d'études a permis à la majorité d'entre eux d'améliorer assez son savoir - faire vis à vis de la clientèle ayant des troubles de comorbidité;

- Leur programme d'études a peu amélioré l'aspect portant sur l'agoraphobie et sur les troubles schizotypiques.

Pour les participants du groupe contrôle, on constate que :

- Leur programme d'études a peu ou pas du tout amélioré leur habileté d'intervention auprès de la nouvelle clientèle toxicomane ;
- Les participants ont amélioré assez leur savoir - faire à l'égard des personnes ayant des problèmes de dépendance ou d'abus à une substance psychoactive.

3.10 L'évaluation du questionnaire

Le but de l'évaluation de ce questionnaire est de savoir si cet outil de mesure a sa raison d'être dans ce type d'évaluation de programme. L'évaluation du questionnaire se trouvait à la fin des 248 questionnaires qui avaient été remis aux répondants. Le test T sur la moyenne a été utilisé (tableau 33).

Tableau 33

L'évaluation du questionnaire par les participants

Énoncés	L'échelle des valeurs		Moyenne μ	Participants N
	Beaucoup : 1,00 à 1,50 Peu : 2,51 à 3,50	Assez : 1,51 à 2,50 Pas du tout : 3,51 à 4		
1. Aviez - vous certaines difficultés à vous souvenir de faits ?			3, 67	248
2. Trouvez - vous cet outil d'évaluation convivial ?			1, 86	248
3. Est - ce que ce questionnaire peut facilement être adaptable pour d'autres types d'évaluations ?			1, 87	248
4. Recommanderiez - vous cet outil d'évaluation pour d'autres programmes ?			1, 68	248

Les données fournies ci dessus nous révèlent que les candidats estiment qu'ils ont eu peu de difficultés à se souvenir des événements passés. Cette indication permet de relativiser l'importance de la menace à la validité interne que représente souvent le fait d'avoir recours à la mémoire comme moyen de colliger de l'information. Concernant les items 3, 4 et 5, les participants estiment que l'outil d'évaluation est assez convivial, qu'il peut être adapté à d'autres types d'évaluation, et le recommanderaient pour l'évaluation d'autres programmes.

CHAPITRE IV

RECOMMANDATIONS

Les nombreuses informations qu'à permis de colliger la présente étude conduisent à deux opérations distinctes bien qu'intimement associées : 1) l'élaboration d'un bilan de valeur du programme d'études ; 2) la proposition d'actions visant l'amélioration du programme. La première opération repose entièrement sur l'activité « évaluation ». Sa fonction première est d'utiliser les informations recueillies pour arriver à conclure sur la valeur des efforts consacrés à ces activités majeures. La seconde opération porte sur les activités de planification et de conception des programmes. L'activité « évaluation » doit cependant contribuer à l'orientation des activités de planification dans la mesure où le bilan évaluatif permet de tirer des leçons, positives ou négatives, de la pratique passée.

La section qui suit présente ainsi l'ensemble des jugements que cette évaluation permet, selon nous, de poser rigoureusement, et ajoute, s'il le faut, des recommandations adressées aux autorités chargées d'examiner les propositions et de décider des modifications de programmes, ou encore plus directement à ceux en charge de la prochaine évaluation. Ces bilans et recommandations sont regroupés par thèmes.

4.1 Le profil des personnes inscrites

Les personnes composant notre groupe de finissants viennent essentiellement de la région de Montréal et de sa périphérie. Les répondants, quant à eux, viennent principalement d'organismes privés et publics, et du communautaire. On remarque cependant que ce sont

essentiellement des intervenants qui ont suivi le programme. Même si le programme est nouveau, la concurrence existe, et il serait bon que l'université de Sherbrooke affiche son programme non seulement auprès d'organismes oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie, mais également dans d'autres secteurs d'activités.

Recommandation 1

Le programme de deuxième cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke doit couvrir tous les secteurs des services de la santé avec la même intensité. Il est primordial de s'assurer que tous les efforts soient faits pour que la clientèle de l'Université de Sherbrooke représente tous les secteurs de la santé publique touchant à la toxicomanie et aux programmes d'aide aux employés. Cette approche pourra nous rapprocher de la reconnaissance du diplôme de 2^e cycle, voire du lancement d'une maîtrise en toxicomanie. Toutefois, cette recommandation ne vise pas les secteurs de provenance des étudiants, car l'Université de Sherbrooke offre ce programme, depuis 1999, à Rimouski, Sherbrooke, Québec, Hull, Trois - Rivières, Rouyn Noranda et Mont - Laurier.

4.2 Le savoir, le savoir - être et le savoir - faire des diplômés

Notre enquête auprès des diplômés révèle que l'obtention du diplôme de 2^e cycle concourt à améliorer significativement les compétences des individus dans leur pratique professionnelle. Les résultats d'enquête démontrent, de façon significative, l'amélioration du savoir, du savoir - être et du savoir - faire des finissants. Cela est vérifié autant auprès de la nouvelle clientèle toxicomane qu'auprès des personnes souffrant de troubles de comorbidité. Par contre, on observe que, dans différents domaines, les étudiants manifestent plus de difficultés, notamment lorsqu'ils sont pris dans des situations impliquant de jeunes adultes, ou encore dans le domaine du jeu pathologique.

Recommandation 2

Parce que pionnière en matière de formation universitaire en toxicomanie, l'Université de Sherbrooke devrait réagir à l'émergence de toute nouvelle problématique, en offrant des

cours d'appoint pour ces types de problématique. Par exemple, on entend parler, depuis quelque temps déjà, de problèmes de jeu pathologique, et d'une clientèle de plus en plus jeune que l'on retrouve dans la rue et dans les centres de traitement.

4.3 L'effet net sur les conditions d'emploi

On a assisté à une augmentation de la moyenne salariale de l'ordre 10 % depuis 1999 comparativement à 3 % pour ceux qui n'ont pas de diplôme de deuxième cycle. Plusieurs intervenants ont quitté le milieu communautaire pour les centres privés ou publics afin d'avoir de meilleures conditions de travail. L'effet pervers est que le secteur communautaire, qui hérite le plus souvent de la clientèle démunie, n'a pas les moyens financiers pour attirer et conserver du personnel plus qualifié.

Recommandation 3

Il importe que les décideurs de l'Université de Sherbrooke usent de leur influence auprès des instances gouvernementales afin que les diplômés du secteur privé et communautaire puissent être rémunérés de façon juste et équitable comme leurs confrères qui oeuvrent dans les centres publics.

4.4 Le choix universitaire

Nous avons remarqué que l'évaluation de la satisfaction à l'égard des professeurs et du programme fait l'unanimité chez les étudiants, et que l'atteinte des objectifs de ceux-ci était jugée positivement. Pourtant, ces mêmes étudiants n'hésiteraient pas à changer d'université pour poursuivre le même programme.

Recommandation 4

Pourquoi donc les étudiants seraient-ils prêts à changer d'université, alors que tout semble bien aller pour eux ? Sont - ce les locaux ? Est - ce l'accueil ? Peut-être les lieux,

l'accessibilité à la cafétéria, l'accès au stationnement, la disponibilité des professeurs ou bien l'aspect commercial du Complexe St- Charles qui ressemble si peu à un milieu universitaire ? Autant de questions qui doivent trouver réponses afin de conserver cette clientèle.

4.5 Les objectifs atteints

Dans l'ensemble, les données d'enquête montrent que les diplômés atteignent leurs objectifs de formation. Pour des fins évaluatives et de suivi, un outil de mesure de compétences, tel que celui utilisé dans ce cadre-ci et possédant les mêmes objectifs pourrait rendre de grands services. Ce type d'outil pourrait être utilisé *ex ante* et *ex post* (avant et tout juste après la formation), et quelques années après la diplomation, le tout servant bien évidemment à des fins d'évaluation. Cette approche corrigerait les faiblesses de la présente évaluation en caractérisant mieux les étudiants à l'entrée et à la sortie, et quelques années plus tard. On pourrait encore mieux juger de la contribution du programme au profil du savoir, du savoir - être et du savoir - faire des diplômés. L'Université de Sherbrooke suivrait ainsi les prescriptions de tous les spécialistes de l'éducation, et se démarquerait nettement de ses concurrents en portant une attention soutenue et professionnelle à sa clientèle.

Recommandation 5

Il est recommandé qu'un groupe de professeurs spécialisés dans l'évaluation des compétences définisse un outil de mesure de compétence analogue à celui que nous avons utilisé. En fait, le programme sera d'autant plus bonifié s'il est démontré qu'il est efficace dans la pratique des étudiants. Aussi, les futurs étudiants seront plus enclins à s'inscrire à un programme dont l'évaluation a démontré son efficacité auprès d'anciens étudiants dans leur milieu de travail. Les raisons qui sous-tendent cette recommandation méritent une réflexion beaucoup plus approfondie de la part des décideurs universitaires. Certes, la mise en œuvre d'une telle équipe demande un investissement de la part du milieu universitaire mais, en contre partie, si le programme s'avère efficace, il attirerait plus d'inscriptions.

CONCLUSION

Cette première évaluation du programme de deuxième cycle a été l'occasion de colliger de nombreuses données inédites sur la clientèle, sur les intrants et les extrants, et surtout sur les effets du programme auprès des finissants. Dans ce sens, cet exercice d'évaluation, complémentaire au processus d'évaluation continue et périodique, a prouvé qu'il représente une occasion unique de faire le point sur la performance du programme de deuxième cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, et de recommander des ajustements sur la base des tendances de fond des effets observés.

Pratiquement, tous les premiers finissants du programme de deuxième cycle en toxicomanie ont eut l'occasion d'être consultés lors de la collation des grades en juin 2003. Le profil socioprofessionnel des finissants, la satisfaction des finissants à l'égard de leur formation et du corpus d'enseignants ont été relevés. Les impacts sur la situation d'emploi des diplômés, sur leurs compétences, sur l'atteinte des objectifs et sur l'attrait du programme ont été approfondis. De plus, des analyses comparatives entre le groupe de finissants et un groupe contrôle sur l'amélioration du savoir, du savoir - être et du savoir - faire ont permis de démontrer, hors de tout doute, que les finissants estimaient posséder de meilleures connaissances, et une meilleure attitude et habileté pour travailler auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. Une autre analyse comparative sur les troubles de comorbidité a également permis aux finissants de se distinguer de façon significative du groupe contrôle pour ce qui est des connaissances, attitudes et habiletés. Les résultats des analyses statistiques ont montré que, dans l'ensemble, le programme évalué constitue un excellent outil de formation pour la pratique professionnelle en toxicomanie.

Finalement, la section du questionnaire portant sur l'évaluation du questionnaire a permis de constater que les répondants accordent une place importante à l'évaluation des programmes. En fait, le but de l'évaluation du programme de deuxième cycle en toxicomanie est une démarche qui consiste à porter un jugement de valeur sur le programme, en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement

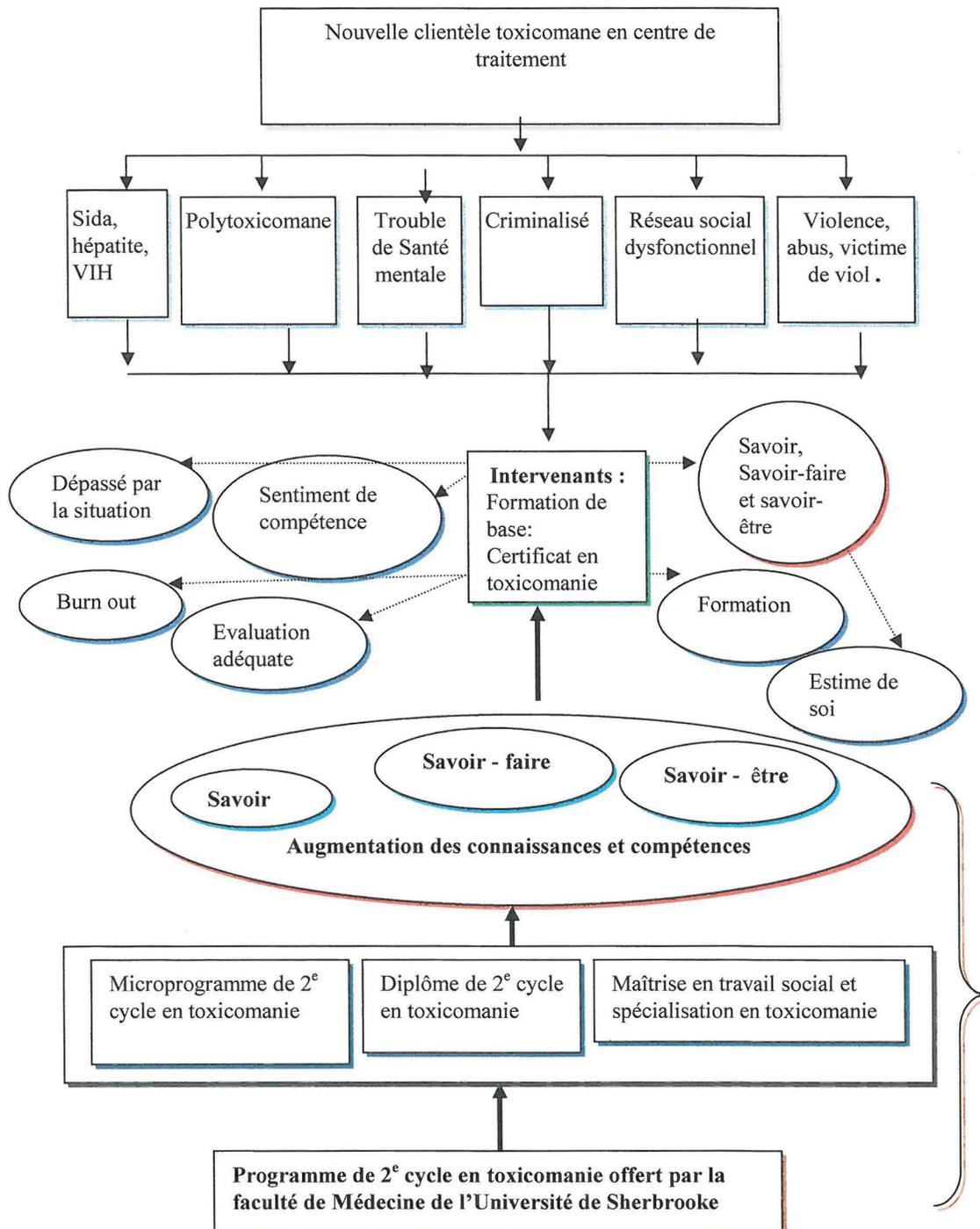
valides et socialement légitimes sur ce programme ou sur n'importe laquelle de ses composantes. Cette évaluation est d'autant plus productive qu'elle permet aux acteurs ou décideurs concernés de repenser les liens entre les objectifs qu'ils se donnent, les pratiques qu'ils développent et leur contexte d'action. Dans cette perspective, cette évaluation peut avoir un rôle privilégié d'autant qu'elle n'est pas utilisée pour légitimer de nouvelles formes de contrôle mais qu'elle favorise les débats et l'émergence de nouvelles pratiques.

APPENDICE A

MODÈLE DE CAUSALITÉ

A.1 Modèle de causalité (pour référence, voir p. 7 du chapitre 2)..... 134

Modèle de causalité



APPENDICE B

PRÉSENTATION DES PROGRAMMES

B.1	Présentation des programmes	136
B.2	Le diplôme de deuxième cycle en toxicomanie.....	136
B.3	La clientèle ciblée par le programme de deuxième cycle.....	137
B.4	La structure du programme.....	138
B.5	Le microprogramme de deuxième cycle en toxicomanie	140
B.6	La clientèle ciblée par le microprogramme de deuxième cycle.....	140
B.7	La structure du microprogramme.....	141
B.8	La maîtrise en intervention sociale avec concentration en toxicomanie	143
B.9	La passerelle	144

B.1 Présentation des programmes

L'Université de Sherbrooke offre trois programmes de 2^e cycle en toxicomanie. Premièrement, le diplôme de 2^e cycle constitué de 30 crédits; deuxièmement, le microprogramme de 12 crédits; et troisièmement, la maîtrise en intervention sociale avec une spécialité en toxicomanie. Afin de mieux comprendre l'étendue des programmes, voici une brève description de ceux-ci. Entre autres, on fera état de leurs objectifs, de la clientèle cible, des critères d'admission ainsi qu'une énumération des principales composantes de leurs structures. Pour le descriptif des cours voir (appendice D, P. 148)

B.2 Le diplôme de 2^e cycle

Ce programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke est sous la responsabilité du Département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine, et s'insère dans le cadre de l'éducation permanente. Ce programme s'adresse particulièrement aux gens en lien avec l'intervention directe en toxicomanie (intervenant de première ligne), ou dont la fonction les amène à être en contact avec des gens qui consomment des substances (thérapeute, psychologue, infirmière), dans une perspective de prévention primaire et secondaire. Aussi, les gens qui remplissent déjà une fonction de cadre ou qui seront appelés à remplir de telle fonction (directeur ou coordonnateur d'un organisme) font partie de cette clientèle admissible. L'objectif général du programme est d'acquérir les outils nécessaires au plan théorique, méthodologique et pratique, afin d'intervenir en toxicomanie dans le contexte du virage préventif (désinstitutionalisation) et de l'intervention dans le milieu. Plus spécifiquement, les objectifs spécifiques du programme sont de permettre aux étudiants:

- De mettre à jour leurs connaissances et leurs concepts de base en toxicomanie, ainsi que prendre connaissance de l'évolution des courants et des approches en toxicomanie, et en promotion de la santé à la réduction des méfaits;
- D'intégrer des outils de recherche, d'analyse et d'évaluation nécessaire à l'amélioration et au renouvellement des pratiques sur le terrain;

- D'approfondir le contexte et les enjeux politiques et éthiques propres à l'intervention actuelle en toxicomanie;
- D'acquérir des habiletés spécifiques pour le travail d'intervention ou de supervision: action politique, communication publique, travail de milieu, double problématique, intersectorialité, planification et programmation;
- D'appliquer les connaissances acquises dans le cadre de travaux ou de projets dirigés, ou d'un stage en milieu.

B.3 La clientèle ciblée par le programme de 2^e cycle

Le programme cible les professionnels et professionnelles en exercice dans différents domaines, soit en santé, en éducation, en sécurité publique, ainsi qu'à un large éventail de praticiens et praticiennes des secteurs privés, publics et communautaires. Idéalement, la clientèle doit posséder un diplôme de 1^e cycle (baccalauréat) dans un champ d'étude approprié, et oeuvrer déjà dans un domaine connexe de travail afin de répondre aux conditions générales d'admission suivant les règlements de l'Université de Sherbrooke. Toutefois, les candidats ne répondant pas aux conditions générales d'admission peuvent être admis conditionnellement sur la base d'une formation ou d'expériences jugées équivalentes, en sus de l'exigence de terminer leur diplôme de 1^e cycle, s'ils veulent être gradués.

B.4 La structure du programme

C'est sous forme de régime régulier à temps partiel que le programme de 2^e cycle est offert. Le nombre de crédits exigés est de 30 pour l'obtention du diplôme, soit dix cours, ou huit si l'étudiant choisit l'option de stage dirigé (six crédits). Les crédits consistent en activités obligatoires (15 crédits) et optionnelles selon deux blocs de spécialisations avec activités optionnelles. Dans le premier bloc de spécialisations (toxicomanie, éthique, santé communautaire), le candidat doit choisir deux à quatre activités totalisant 6 à 12 crédits. En ce qui concerne les activités optionnelles du bloc deux, le candidat a le choix entre une activité, deux ou trois activités totalisant trois à neuf crédits (voir tableau 34).

Les cours ou les activités sont présentés sous forme théorique, mais avec la particularité de l'être également sous forme de séminaire dans lequel les étudiants peuvent échanger de façon interactionnelle sur les problématiques rencontrées dans leurs fonctions, et ainsi trouver des réponses aux questions qu'ils se posent. Par ailleurs, le contenu des cours exige bien des réflexions sur soi, dans le contexte du renouvellement des pratiques professionnelles pour faire face aux besoins de la nouvelle clientèle. Par exemple : un intervenant pour qui l'abstinence totale de consommation était le but ultime devra « se contenter » de la seule réduction des méfaits.

Le premier bloc de spécialisations fait référence au domaine de l'intervention préventive (action sur la santé des populations, interventions de 1^o ligne, réduction des méfaits), et vise plus particulièrement à faciliter l'intervention aux travailleurs du milieu et de terrain auprès de la nouvelle clientèle toxicomane. Et aussi, d'avoir une meilleure connaissance sur les comorbidités suite au virage dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce bloc a aussi comme mandat de former des généralistes en intervention qui seront capables de traiter la double problématique dans la perspective du virage vers la santé de la population et à outiller l'intervenant dans le cadre d'intervention précarcérale, et de prévention secondaire de la délinquance. Finalement, ce bloc vise à faciliter l'intervention en milieu de travail dans une perspective large de santé mentale.

Le deuxième bloc de spécialisation fait référence au domaine de l'évaluation (évaluation clinique, évaluation de l'efficacité et de l'efficacé, analyses des politiques publiques). Ce bloc vise à former des intervenants capable de concevoir des activités structurées dans le milieu, fondées sur une connaissance effective des besoins et avec la capacité de juger de la performance de son action. Finalement, ce bloc de spécialisation permettra à l'intervenant d'identifier les applications de même que les forces et les faiblesses des modèles d'évaluation les plus utilisés dans le domaine de la toxicomanie.

* Les étudiants ayant obtenu 12 crédits peuvent bénéficier d'une passerelle leur permettant de faire une maîtrise en intervention sociale à l'UQAM. Cependant, ils doivent réussir deux cours de trois crédits (passerelle) et rédiger un mémoire en matière de toxicomanie.

Le présent tableau fait état des activités pédagogiques obligatoires ainsi que ses deux blocs de spécialisations.

Tableau 34

Les activités du programme de 2^e cycle en toxicomanie (30 crédits)

Cinq activités obligatoires (15 crédits) :

- Toxicomanie et politique publique
- Évaluation de programmes et de services
- Toxicomanie et questions éthiques
- Méthodes de recherche et d'analyse
- Bilan des connaissances et courants actuels

Activités pédagogiques optionnelles (12 à 15 crédits) dont (6 à 12 crédits) choisis parmi les activités du bloc 1 et de (3 à 9 crédits) parmi celles du bloc 2 :

Bloc 1 : Champs de spécialisation : toxicomanie, éthique, santé communautaire.

Choix de deux à quatre activités (6 à 12 crédits):

- Action politique et communication publique
- Partenariats et intersectorialité
- Prévention prim. et sec. et travail de milieu
- Doubles problématiques et toxicomanies
- Analyse du contexte de l'agir moral
- Éthique clinique
- Éthique de la santé publique
- Éthique professionnelle

Bloc 2 : Applications en toxicomanie

Choix d'un à trois activités (3 à 9 crédits):

- Travail dirigé en recherche et analyse
- Travail dirigé en évaluation
- Projet dirigé
- Projet supervisé dans le milieu
- Stage dans le milieu (6 crédits)

B.5 Le microprogramme de deuxième cycle en toxicomanie

Ce microprogramme est administré par le même département que celui du programme de 2^e cycle. Les conditions d'admission et le régime d'étude sont les mêmes. Toutefois, pour l'obtention de son diplôme, le candidat doit avoir cumulé 12 crédits. Le microprogramme est constitué d'un tronc commun de trois crédits et de quatre modules spécifiques et possède comme objectif de permettre aux candidats d'acquérir les outils nécessaires aux plans théoriques, méthodologiques et pratiques, pour intervenir en regard d'un secteur spécifique de la toxicomanie, dans le contexte du virage préventif et de l'intervention dans le milieu. De façon plus pointue, les objectifs spécifiques visent à permettre aux candidats :

- De mettre à jour des connaissances et des concepts de base en toxicomanie, allant de la promotion de la santé à la réduction des méfaits.
- D'approfondir des connaissances théoriques et pratiques, des habiletés spécifiques dans l'un des secteurs suivants de la toxicomanie : base générale, recherche, analyse et évaluation, éthique ou action politique.
- D'appliquer les connaissances acquises dans le cadre de travaux ou de projets dirigés.

B.6 La clientèle ciblée par le microprogramme

Le microprogramme cible les professionnels qui désirent un perfectionnement pointu comme la recherche, l'analyse ou encore l'évaluation en toxicomanie et qui ne désirent pas entreprendre un processus de 30 crédits dans un diplôme, mais qui souhaitent avoir une reconnaissance de leur formation. Les conditions d'admission sont les mêmes que celles présentées pour le diplôme de 2^e cycle.

B.7 La structure du microprogramme

Le microprogramme est constitué d'un tronc commun de trois crédits auxquels viennent s'ajouter quatre modules d'activités de neuf crédits. Le premier vise une formation de base générale, alors que les trois autres touchent à des dimensions plus spécifiques du domaine de la toxicomanie (voir tableau 35). Le résumé des quatre modules ci-dessus peut se lire comme suit :

Module 1 : Ce module vise une connaissance de base, c'est-à-dire qu'il regroupe différents cours des trois autres modules.

Module 2 : Ce module vise la capacité à concevoir des activités structurées dans le milieu, fondées sur une connaissance effective des besoins, et avec la capacité de juger de la performance de son action.

Module 3 : Ce module vise à permettre à l'étudiant de s'interroger sur la confidentialité, les conflits d'intérêts, et la légalité en contexte de santé publique.

Module 4 : Ce module met l'accent sur la capacité de mobiliser les gens sur le plan social et communautaire, et d'influencer les organisations avec lesquelles et dans lesquelles on travaille. De plus, il vise à développer la capacité de travailler avec différents acteurs, de favoriser la concertation intersectorielle et d'établir des réseaux de services et des ressources.

Le tableau suivant illustre l'activité obligatoire ainsi que les différents champs de spécialisations présentés sous forme de module.

Tableau 35

Les activités du microprogramme de 2^e cycle en toxicomanie (12 crédits)

Activité pédagogique obligatoire : Les activités du microprogramme (9 crédits) : sous forme de 4 modules : l'étudiant ou l'étudiante doit choisir un des modules suivants :

Tronc commun (3 crédits)

- Bilan des connaissances et courants actuels

Module no. 1: Formation de base en toxicomanie

Activités pédagogiques à option (9 crédits) :

- Toxicomanie et politique publique
- Méthodes de recherche et d'analyse
- Évaluation de programmes et de services
- Toxicomanie et questions éthiques

Module no. 2: Recherche, analyse et évaluation en toxicomanie

Activités pédagogiques obligatoires (6 crédits) :

- Méthodes de recherche et d'analyse
- Évaluation de programmes et de services

Activité pédagogique optionnelle (3 crédits) :

- Travail dirigé en recherche et analyse
- Travail dirigé en évaluation
- Projet dirigé

Module no. 3: Éthique et toxicomanie

Activité pédagogique obligatoire (3 crédits)

- Toxicomanie et questions éthiques

Activités pédagogiques optionnelles (6 crédits)

- Analyse du contexte de l'agir moral
- Éthique clinique
- Éthique de la santé publique
- Éthique professionnelle

Module no. 4: Toxicomanie et action publique

Activité pédagogique obligatoire (3 crédits)

- Toxicomanie et politique publique

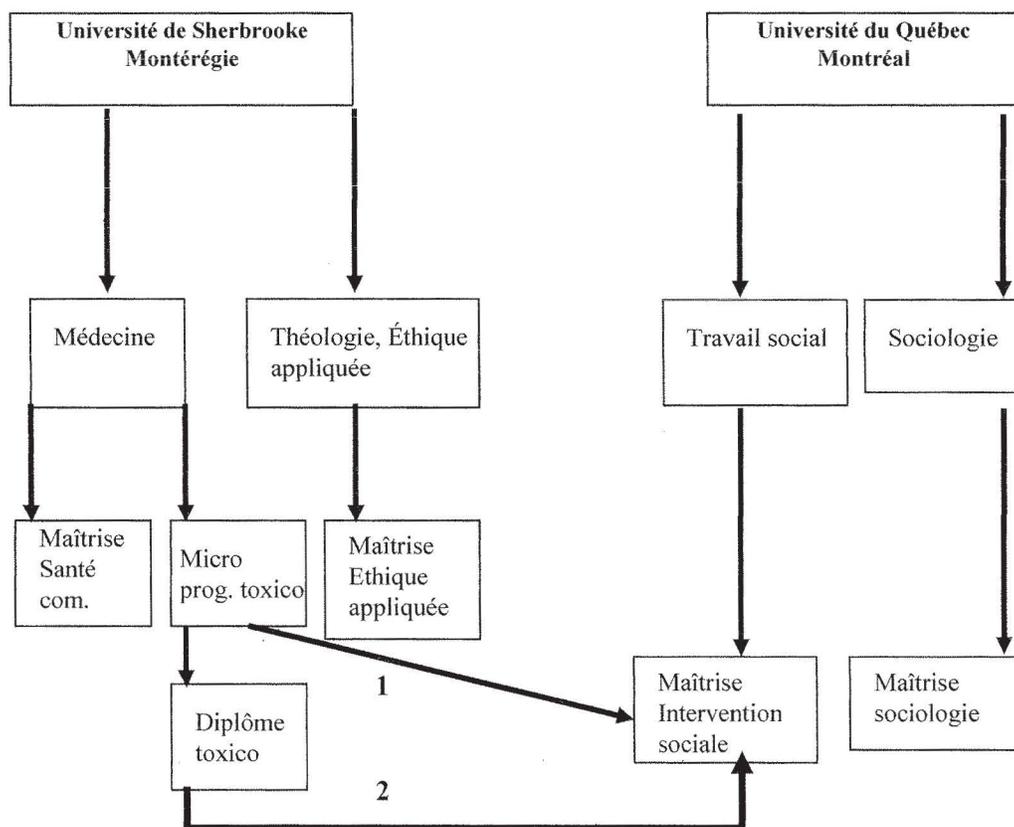
Activités pédagogiques optionnelles (6 crédits)

- Action politique et communication publique
- Partenariats et intersectorialité
- Projet dirigé.

B.8 La maîtrise en intervention sociale avec concentration en toxicomanie

Il nous reste à définir le contexte de l'implantation de ce troisième programme, car initialement au début des cours du 2^e cycle en janvier 1999, des ententes concernant la collaboration entre l'Université de Sherbrooke et l'UQAM restaient à définir. Toutefois, on sait que le programme de 2^e cycle cheminant vers la maîtrise interuniversitaire a fait ses débuts à l'automne 2000. Le cheminement vers la maîtrise ne peut toutefois se faire avant que l'étudiant n'ait obtenu 12 crédits, soit le diplôme du microprogramme (voir organigramme 4).

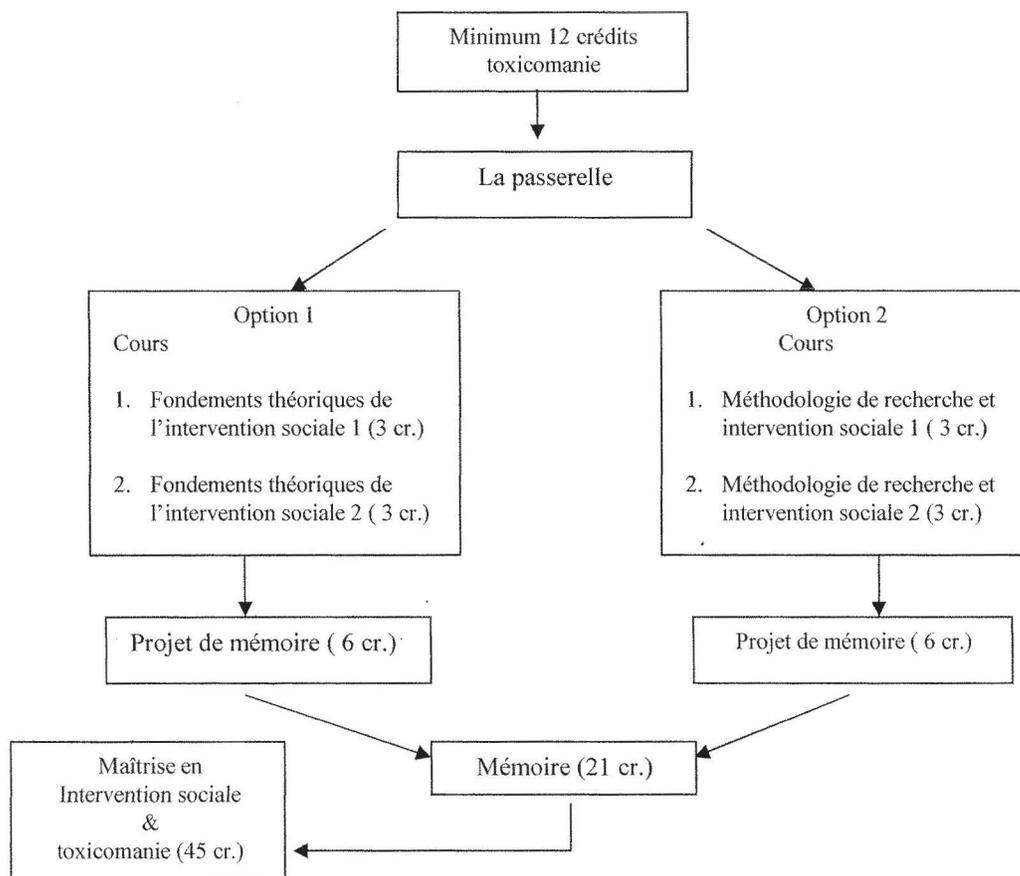
Organigramme 4 Cheminement conduisant à la maîtrise en intervention sociale



B.9 La passerelle

La passerelle concerne cette possibilité pour le candidat de choisir entre deux options. La première option fait référence aux fondements théoriques de l'intervention sociale, alors que la deuxième option se concentre sur la méthodologie de recherche en intervention sociale. Dans les cas, deux cours sont obligatoires. Suite à l'accréditation des deux cours de trois crédits, le candidat choisit alors son projet de mémoire qui totalise six crédits pour finalement accéder à la rédaction de son mémoire de 21 crédits. La maîtrise en intervention sociale avec une spécialité en toxicomanie totalise 45 crédits (voir organigramme 5).

Organigramme 5 La maîtrise en intervention sociale avec une spécialité en toxicomanie.



APPENDICE C

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ À LA CLIENTÈLE DU FORUM
MONDIAL EN TOXICOMANIE (SEPT. 2002)

C.1 Les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane..... 146

Questionnaire adressé à la clientèle du Forum Mondial de toxicomanie

(sept. 2002)

Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane depuis la désinstitutionnalisation dans le contexte du virage ambulatoire ?

Caractéristiques	Cochez	Caractéristiques	Cochez
Sexe :		Ethnie (culturel) :	
Masculin		Nationalité	
Féminin		Nombres de thérapies antérieures :	
Gai, transsexuel		Aucune	
Âge :		1 à 3	
18 à 25 ans		4 à 7	
26 à 30 ans		8 et +	
31 à 40 ans		Suicidaire :	
41 à 50 ans		Oui	
51 à 60 ans		Non	
61 et +		Antécédents psychologiques :	
Antécédents médicaux :		Oui	
VIH-SIDA		Non	
Hépatite		Antécédents psychiatriques :	
Cirrhose		Oui	
Pancréatite		Non	
Ulcère		Judiciarisé :	
Autre		Oui	
Troubles de personnalités :		Non	
Limite		Types de consommations :	
Narcissique		Alcool	
Antisocial		Cocaïne	
Histrionique		Héroïne	
Schizoïde		Marijuana	
autre		Médicaments	
Réseau social dysfonctionnel :		Polytoxicomanie	
Oui		Injections	
non		autres	
Modèle de thérapie :		Source de Motivation :	
Maladie (philosophie A.A.)		Extrinsèque	
Psychosocial		Intrinsèque	
Réduction des méfaits (méthadone)		Source de revenu illicite:	
Biopsychosocial		Traffiquant	
Centre privé		Prostitution	
Centre public		Criminalité	
Communauté thérapeutique		Délinquance	
Centre semi-privé et semi-public		Pédophile	
Externe		Violence	
Interne		Types de problèmes :	
		Abus	
		Dépendance	
Est-ce que ces caractéristiques présentent des difficultés pour les intervenants dans leur travail ?		OUI	NON

Questionnaire adressé à la clientèle du Forum Mondial de toxicomanie

(sept. 2002)

Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane depuis la désinstitutionnalisation dans le contexte du virage ambulatoire ?

Caractéristiques	Cochez	Caractéristiques	Cochez
Sexe :		Ethnie (culturel) :	
Masculin		Nationalité	
Féminin		Nombres de thérapies antérieures :	
Gai, transsexuel		Aucune	
Âge :		1 à 3	
18 à 25 ans		4 à 7	
26 à 30 ans		8 et +	
31 à 40 ans		Suicidaire :	
41 à 50 ans		Oui	
51 à 60 ans		Non	
61 et +		Antécédents psychologiques :	
Antécédents médicaux :		Oui	
VIH-SIDA		Non	
Hépatite		Antécédents psychiatriques :	
Cirrhose		Oui	
Pancréatite		Non	
Ulcère		Judiciarisé :	
Autre		Oui	
Troubles de personnalités :		Non	
Limite		Types de consommations :	
Narcissique		Alcool	
Antisocial		Cocaïne	
Histrionique		Héroïne	
Schizoïde		Marijuana	
autre		Médicaments	
Réseau social dysfonctionnel :		Polytoxicomanie	
Oui		Injections	
non		autres	
Modèle de thérapie :		Source de Motivation :	
Maladie (philosophie A.A.)		Extrinsèque	
Psychosocial		Intrinsèque	
Réduction des méfaits (méthadone)		Source de revenu illicite:	
Biopsychosocial		Trafiquant	
Centre privé		Prostitution	
Centre public		Criminalité	
Communauté thérapeutique		Délinquance	
Centre semi-privé et semi-public		Pédophile	
Externe		Violence	
Interne		Types de problèmes :	
		Abus	
		Dépendance	
Est-ce que ces caractéristiques présentent des difficultés pour les intervenants dans leur travail ?		OUI	NON

APPENDICE D

DESCRIPTION DES COURS

D.1 La description des cours du programme de deuxième cycle
en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke 148

Description des cours

BILAN DES CONNAISSANCES ET COURANTS ACTUELS

But : Mettre à jour ses connaissances à propos du contexte de l'intervention, des approches disciplinaires, des données de recherche et des courants actuels de pratiques dans le champ de la toxicomanie au Québec.

Contenu : Histoire du secteur. Panorama des substances psychoactives. Principales problématiques et théories explicatives. Le continuum des pratiques : promotion de la santé, prévention, réduction des risques et des méfaits, traitement. Enjeux professionnels.

TOXICOMANIE ET POLITIQUES PUBLIQUES

But : Comprendre les rapports historiques et actuels entre toxicomanie et politique et leurs incidences dans le contexte de l'intervention.

Contenu : Survol des rapports entre politique et toxicomanie dans l'histoire. Le tournant des années 1970 et les choix politiques en matière de substances psychotropes : moraliste, paternaliste et libéral. Étude de cas. Modèles juridiques du prohibitionnisme et de la réduction des méfaits. Tensions entre les politiques internationales, nationales et locales. Tensions entre les impératifs de sécurité et de santé publiques. Connaissance des politiques publiques en matière de drogues et exercice pratique d'application à travers l'élaboration d'une politique cohérente et crédible pour le milieu.

MÉTHODES DE RECHERCHE ET D'ANALYSE

But : Appliquer les compétences en méthodes de recherche et d'analyse scientifique pour étayer la démarche de recherche ou pour émettre une opinion critique sur une démarche qui est accomplie en toxicomanie.

Contenu : Démarche scientifique : assurer la cohérence et la rigueur à travers les questions de recherche ou la problématique, l'analyse de la situation, la définition du problème, l'analyse critique des sources et l'identification du cadre de référence ou du cadre théorique, la formulation des hypothèses ou des objectifs de recherche. Choix d'une approche d'un modèle : caractéristiques importantes des méthodes quantitatives, qualitatives et des modèles de recherche-action. Devis, traitement et analyse : concepts fondamentaux (hypothèse-objectif, contrôle(s), variables, plans, échantillonnage en recherche qualitative et en recherche quantitative, instrumentation). Analyse de contenu. Principe de tests d'hypothèse (approches classique et nonparamétrique), interprétation des techniques statistiques les plus courantes. Outils informatiques pour le traitement des données. Présentation et discussion des résultats. Problème d'ordre épistémologique et d'ordre éthique.

L'ÉVALUATION DE PROGRAMMES ET DE SERVICES

But : Identifier les applications de même que les forces et les faiblesses des modèles d'évaluation les plus utilisés dans le domaine de la toxicomanie.

Contenu : Les principes et la typologie des études évaluatives. Les critères et les normes d'évaluation. Les méthodes qualitatives et quantitatives. Évaluation de la pertinence, de la qualité de l'efficacité et de l'efficience d'une intervention, d'un programme ou d'un service. Évaluation de l'implantation d'un programme. Applications en promotion de la santé, en prévention primaire et secondaire et en réduction des méfaits.

TOXICOMANIE ET QUESTIONS ÉTHIQUES

But : Comprendre les questions éthiques importantes associées au domaine de la toxicomanie et acquérir des outils pour y répondre.

Contenu : Les fondements et les enjeux des grandes questions éthiques qui se posent aujourd'hui dans le domaine de l'usage et de l'abus des drogues. Signification existentielle du recours aux drogues. Responsabilités individuelles et collectives concernant le droit à l'accès et à l'usage des psychotropes. Politiques publiques en matière de drogues et respect de l'autonomie des personnes. L'éthique de l'intervention dans le contexte de la réduction des méfaits et de la dépendance aux drogues. Confidentialité et efficacité dans la lutte contre l'abus des drogues.

ACTION POLITIQUE ET COMMUNICATION PUBLIQUE

But : Situer l'action politique et la communication publique dans une perspective d'action en toxicomanie.

Contenu : Cadre théorique de l'approche en communication publique et en action politique. Rôle et influence des médias et de l'opinion publique dans le champ de l'intervention sociale et sociosanitaire. Analyse de l'environnement. Évaluation des réseaux d'influence et des groupes de pression. Changement d'attitudes, de comportements et changement social. Marketing social, lobbying, campagne de presse.

PARTENARIATS ET INTERSECTORIALITÉ

But : Comprendre les mécanismes et les conditions d'une action intersectorielle pour les intervenants et intervenantes en toxicomanie.

Contenu : Le partenariat et la concertation dans le contexte des actions en toxicomanie. Les différences au plan des visions et des enjeux entre les acteurs institutionnels et communautaires. Obstacles organisationnels et idéologiques. Principes et pistes d'actions pour un développement concerté. Création de réseaux intégrés de ressources et de services.

PRÉVENTION SECONDAIRE ET TRAVAIL DE MILIEU

But : Mettre en perspective la prévention secondaire en toxicomanie dans le contexte de l'intervention dans le milieu.

Contenu : La planification d'actions de prévention secondaire. Les stratégies d'actions propres au travail de milieu. Conditions d'efficacité et limites des stratégies d'action. Intervention de crise, dépistage, counseling, encadrement, référence et le contexte de la réduction des méfaits. Applications pratiques.

DOUBLES PROBLÉMATIQUES ET TOXICOMANIE

But : Développer la capacité d'intervenir plus efficacement en prévention secondaire dans le contexte de problématiques associées à la toxicomanie.

Contenu : Les rapports entre la toxicomanie et certaines problématiques associées (comorbidité). Approches théoriques et prévalence de la comorbidité pour le sida, la santé mentale et les personnes judiciairisées. Dépistage, évaluation, stratégies d'action et principes d'intervention. Partenariat et référence. Étude de cas et applications pratiques.

TRAVAIL, DIRIGÉ EN RECHERCHE ET ANALYSE

But : Mieux reconnaître les résultats significatifs de la recherche applicables à ses interventions professionnelles en toxicomanie.

Contenu : Analyse de recherches publiées en toxicomanie. Discussion sur des questions de méthode scientifique et sur l'organisation et l'analyse statistique des données recueillies. Discussion sur les problèmes que peut rencontrer le chercheur lors de l'élaboration d'un avant-projet et de l'exécution d'un projet de recherche en toxicomanie. Intégration des résultats de la recherche à la pratique. Présentation des modèles pour l'élaboration et la réalisation d'un projet de recherche. Commentaires et critiques sur des projets ou articles de recherche et sur leur valeur pour la pratique professionnelle. Initiation à la présentation formelle, tant écrite qu'orale, d'une proposition de projets de recherche dans son domaine d'activités professionnelles ou de ses intérêts. Mise en commun et discussion des propositions de recherche effectuées par les étudiantes et les étudiants.

TRAVAIL DIRIGÉ EN ÉVALUATION

But : Rédiger un protocole d'évaluation dans le domaine de la toxicomanie.

Contenu : Élaboration d'un protocole d'étude évaluative sur un sujet choisi par l'étudiant ou par l'étudiante dans son domaine d'activité professionnelle. Identification des objectifs de l'évaluation, détermination d'un cadre théorique, choix du devis, de l'échantillon et des instruments de mesure. Prévoir les méthodes d'analyse des résultats et discuter de la validité des conclusions.

SÉMINAIRE EN INTERVENTION INDIVIDUELLE

But : Accroître ses compétences en intervention dans l'exercice de ses fonctions de travail à partir d'un champ de pratique professionnelle.

Contenu : Méthodologies et réflexions dirigées. Analyse des pratiques d'intervention selon les secteurs des participants. Pistes d'intervention et cibles de changement.

PROJET DIRIGÉ

But : Élaborer un projet d'intervention ou d'approfondissement sur une problématique liée à sa pratique professionnelle ou faire une revue de la documentation sur un sujet de recherche qui se terminerait par une question ou une hypothèse de recherche

Contenu : Projet partant des besoins spécifiques de l'étudiant ou de l'étudiante ou d'un groupe d'étudiants et d'étudiantes sur une question ou une préoccupation en lien avec le perfectionnement professionnel ou avec un sujet de recherche.

PROJET SUPERVISÉ DANS LE MILIEU

But : Mettre en oeuvre un projet d'intervention en toxicomanie à partir des champs de spécialisation abordés.

Contenu : Conception et organisation d'un projet d'intervention en collaboration avec des partenaires du milieu. Action politique, enjeu éthique, double problématique, partenariat intersectoriel, planification d'intervention, gestion de projets. Perspective de promotion de la santé, de prévention primaire ou secondaire ou de réduction des méfaits.

STAGE SUPERVISÉ DANS LE MILIEU

But : Accroître ses habiletés d'intervention dans un milieu spécifique en toxicomanie.

Contenu : Stage supervisé dans un milieu permettant de mettre en pratique des habiletés liées aux champs de spécialisation abordés. Définition d'un projet, précision des objectifs et rédaction d'un rapport documenté de stage.

ANALYSE DU CONTEXTE DE L'AGIR MORAL

But : Approfondir et appliquer une méthode d'analyse de la situation afin de poser clairement et de traiter les problèmes éthiques.

Contenu : Les différentes composantes de la situation. L'axiologie personnelle, les acteurs sociaux, la structure de base de la situation et ses enjeux pratiques, les normativités et valeurs structurantes. Étude de cas et application de diverses méthodes d'analyse (analyse systémique, approches de la culture d'organisation, lecture sociologique).

ÉTHIQUE CLINIQUE

But : S'initier à l'éthique de la décision clinique.

Contenu : Situation et enjeux de l'intervention clinique : psychologie, service social, domaine de la santé. Étude de cas concrets, rôle du conseil en éthique : aide à la clarification des enjeux de la décision. Problèmes de l'acharnement thérapeutique, de l'aide au suicide et de l'euthanasie, autres problèmes courants.

ÉTHIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

But : Afin de poser et traiter les questions éthiques dans le domaine de la santé de manière efficace, cerner les politiques publiques et les enjeux sociaux dans le domaine de la santé publique.

Contenu : Situation actuelle des politiques publiques dans le domaine de la santé. Les tournants contemporains du système québécois dans le contexte d'une politique globale de santé. Clarification des enjeux éthiques en présence dans la situation actuelle, réflexion sur les attitudes requises. Priorités, état actuel des dossiers, questions débattues.

ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

But : Maîtrise les concepts fondamentaux de l'éthique professionnelle telle qu'elle se déploie dans les ordres professionnels, les associations et les institutions; développer la capacité d'influencer la rédaction et l'implantation des dispositifs éthiques que sont les codes, règlements, etc., ou comités d'éthique.

Contenu : Évolution de l'éthique professionnelle. Les diverses demandes de l'éthique professionnelle et les solutions proposées. Distinction entre code orienté par les sanctions et code orienté par les valeurs partagées. Analyse de la structure organisationnelle des codes et comités. Analyse critique des dispositifs existants.

PROGRAMMATION EN PROMOTION DE LA SANTÉ

But : Se familiariser avec le concept de promotion de la santé et acquérir les outils conceptuels de base permettant d'élaborer un programme de promotion de la santé ou de prévention; être capable d'identifier

clairement les objectifs visés par le programme, les diverses stratégies d'intervention retenues. Les activités à réaliser.

Contenu : Stratégies d'intervention en promotion de la santé (Charge d'Ottawa), modèle de Green, modèles de prédiction des comportements, méthodes d'intervention en santé communautaire (marketing social, éducation pour la santé, organisation communautaire, communication, action politique).

SYSTÈME DE SANTÉ ET SANTÉ PUBLIQUE

But : Connaître les particularités du système de santé publique québécois au niveau provincial, régional et local; comprendre les liens avec le reste du système de santé et avec les autres secteurs qui interviennent ou dont les activités ont des impacts sur l'état de santé et de bien-être.

Contenu : Étude des principales lois et règlements qui régissent l'exercice de la santé publique. Évaluation critique des principaux documents d'orientation qui conditionnent l'organisation des différentes structures de santé publique (Institut national, Direction générale du MSSS et directions régionales, CLSC). Étude des principaux documents d'orientation interministériels qui ont rapport avec la santé.

PLANIFICATION EN SANTÉ

But : Connaître l'importance des différents facteurs déterminants de la santé; comprendre les différentes étapes d'un processus de planification en santé et les différentes méthodes de détermination des priorités, pouvoir effectuer une opération de planification de la santé en fonction d'un problème de santé prioritaire.

Contenu : Étude des différentes typologies entourant le processus de planification sanitaire. Initiation aux méthodes quantitatives et qualitatives d'identification des besoins de santé d'une population. Examen des outils disponibles pour la détermination des priorités. Études de cas et exercice.

INTRODUCTION BIOPSYCHOSOCIALE À LA TOXICOMANIE (cours hors programme)

But : Connaître le phénomène de l'usage et de l'abus des psychotropes dans ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales afin de comprendre la nature et les enjeux de l'intervention en toxicomanie.

Contenu : Aspects biologiques, psychologiques et sociaux liés à l'usage et l'abus des drogues psychotropes (alcool, tabac, médicaments, drogues de rue) : typologies et effets des substances, cycle de l'assuétude et facteurs de risque, politiques publiques et modèles de consommation. Continuum, philosophies et ressources d'intervention en toxicomanie.

APPENDICE E

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS ET BILAN ÉVALUATIF

Synthèse et bilan.....	154
E.1 Le profil sociodémographique des participants	154
E.2 Le profil de l'emploi chez les participants	156
E.3 Le niveau de satisfaction à l'égard du programme et des professeurs	163
E.4 Les attraits (autres attraits reçues de la formation).....	165
E.5 Les effets du programme à l'égard de l'amélioration des compétences professionnelles	167
E.6 Les effets du programme sur l'amélioration du savoir, savoir - être et du savoir - faire à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane	168
E.7 Les effets du programme sur l'amélioration du savoir, savoir - être et du savoir - faire à l'égard des troubles de comorbidités.....	173

Synthèse et bilan

Cette synthèse poursuit deux objectifs : 1) rassembler les principales observations sur les effets des programmes évalués ; 2) réaliser un bilan évaluatif de ces observations. Les observations apparaissent dans l'ordre de leur présentation dans le rapport. L'accent sera mis ici sur les observations particulièrement pertinentes aux fins de recommandations. Néanmoins, certains indicateurs ayant une large reconnaissance en évaluation de programmes universitaires, tels la moyenne d'âge ou le niveau de satisfaction, seront également rappelés. La synthèse sur chaque indicateur retenu est faite pour le programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Le bilan évaluatif est réalisé dans l'ordre des sections du questionnaire.

E.1 Le profil sociodémographique des participants

Section 1

Le profil des étudiants

La distribution des finissants (22) du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'USHERB donne 36 % d'intervenants en toxicomanie et 64 % de professionnels (travailleurs sociaux, infirmières, criminologues). Ces personnes viennent de tous les organismes régis par le ministère des services de santé et soins sociaux, et se distribuent comme suit : centres privés (46 %), centre public (9 %), organisme communautaire (9%), milieu hospitalier et C.L.S.C. (9 %), domaine de travail autonome et autres secteurs d'emploi (27 %). La moyenne d'âge des finissants est de 42 ans, et on y retrouve un ratio de 13 hommes pour 9 femmes soit un odds ratio (OR) de 44 %, ce qui signifie qu'il y a, chez les finissants, 44 % plus d'hommes que de femmes. Les diplômes détenus à l'admission sont des baccalauréats en psychologie, en travail social, en science de la santé, ou bien des baccalauréats multiples.

L'importance des objectifs et leur atteinte

Les résultats des évaluations de l'importance et de l'atteinte des objectifs concernent 13 énoncés (très important = 1...pas du tout important = 4). Ces résultats varient entre 1,09 et 2,64 pour l'importance des objectifs, et entre 1,41 et 2,82 pour l'atteinte des objectifs. Nous avons ignoré deux énoncés portant sur les études doctorales et la chance de se trouver un emploi. Pour ces deux énoncés, dont le score se situe dans la gamme du 3, il est évident que les finissants n'avaient pas suivi le programme en vue de poursuivre des études doctorales pas plus que pour se trouver un emploi.

1. Dans l'ordre, acquérir des outils nécessaires en toxicomanie, acquérir des connaissances théoriques, améliorer ses connaissances de base, mieux assumer les responsabilités liées aux fonctions, intégrer des outils de recherche nécessaire à l'amélioration et au renouvellement des pratiques sur le terrain, et approfondir le contexte et les enjeux politiques et éthiques propres à l'intervention actuelle en toxicomanie, tels sont les énoncés que l'on retrouve comme préoccupations importantes.
2. Réorienter ma carrière, réorienter mon champ de spécialisation, améliorer mes chances de promotion au sein de mon organisme, améliorer mes capacités à diriger et à gérer une organisation, tels sont les éléments qui forment le deuxième bloc.
3. Deux objectifs personnels jugés comme très importants ont été atteints et dépassés par les finissants. C'est le cas de l'amélioration des connaissances de base, et de l'approfondissement du contexte et des enjeux politiques et éthiques propres à l'intervention actuelle en toxicomanie.
4. Acquérir des habiletés spécifiques pour le travail d'intervention, ou de supervision, et réorienter son champ de spécialisation constituent les deux objectifs personnels qui ont été déclarés comme assez importants par les finissants, et qui ont été dépassés.

Le choix universitaire

1. Les résultats de l'évaluation du choix universitaire concernent 16 énoncés (très important = 1 à pas du tout important = 4) qui varient de 1 à 2,68.
 - a) Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup
 - b) Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez
 - c) Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu
 - d) Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout

2. En général, les finissants estiment comme beaucoup importants la possibilité d'étudier à temps partiel (1) et le contenu du programme choisi (1,5).

3. Dans l'ensemble, les finissants estiment comme étant assez importants a) la liaison entre la théorie et la pratique (1,55), b) la flexibilité des horaires (1,64) et l'aspect multidisciplinaire du programme (1,64), c) la variété des cours offerts (1,68), d) la proximité des lieux de l'établissement (1,73), e) la renommée de l'institution (1,91), f) la qualité d'encadrement des étudiants (2,18), g) la réputation du corps professoral (2,23) et h) la reconnaissance du diplôme dans le milieu (2,36).

4. Également, les finissants déclarent comme peu importants : a) la variété des secteurs de provenances des étudiants (2,64) et les projets de recherche ou d'activités d'évaluations (2,64), b) les liens de l'université avec les organismes publiques et privés (2,68).

E.2 Le profil de l'emploi chez les participants (1999 - 2003)

Section 2 et 3:

Les changements dans les secteurs de provenance

Résumé des résultats du groupe expérimental

1. Il n'y a eu aucun changement de rapporter concernant la pratique dans les Centres publics. En 1999, le taux d'occupation était de l'ordre de 9,1 %, taux que l'on retrouve en 2003. Le ratio reste inchangé soit de 2 pour 22.

2. Entre 1999 et 2002, six employés se sont rajoutés dans le cas des centres privés. En 1999, on notait un ratio de 4 pour 22 et en 2003, un ratio de 10 pour 22. Donc, pour 2003, il y a un ratio de 6 pour 22 de finissants qui travaillent dans un centre de traitement privé.
3. En 1999, les répondants représentaient un ratio de 3 pour 22 pour le secteur du milieu hospitalier et C.L.S.C., un ratio qui passe à 2 pour 22 en 2003, soit une diminution de un travailleur dans ce secteur.
4. En 1999, les finissants représentaient un ratio de 7 pour 22 pour les organismes communautaires, un ratio qui passe à 2 pour 22. en 2003, soit une diminution de cinq travailleurs dans ce secteur.
5. Dans les secteurs dits du travail autonome et « autre », les finissants représentaient en 1999 comme en 2003 le même ratio de 6 pour 22.
6. Le transfert du secteur communautaire au secteur privé pourrait être lié au diplôme de 2^e cycle en toxicomanie.
7. Par le fait même, une hausse du salaire des finissants est à prévoir.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Deux changements seulement ont été identifiés en ce qui a trait au secteur public. Ainsi, le ratio de 46 pour 226 de 1999 passe à celui de 48 pour 226 en 2003, ce qui correspond à une augmentation de deux personnes dans ce secteur d'emploi.
2. Dans les centres privés, l'augmentation entre 1999 et 2002 fut de cinq employés, passant d'un ratio de 54 pour 226 en 1999 à un ratio de 59 pour 226 en 2003. L'augmentation du nombre d'employés dans le secteur fut donc de 2,2% entre 1999 et 2003.

3. En 1999, les participants représentaient un ratio de 17 pour 226 dans le secteur du milieu hospitalier et C.L.S.C., ratio qui passe à 15 pour 226 en 2003, ce qui correspond donc à une diminution de deux travailleurs dans le secteur.
4. Dans le secteur des organismes communautaires, les répondants représentaient en 1999 un ratio de 41 pour 226, et en 2003 un ratio de 56 pour 226, soit une hausse de 11 % (n = 15) travailleurs dans ce secteur.
5. Les participants représentaient en 1999 un ratio de 68 pour 226 dans le secteur du travail autonome et de la catégorie « autre », ratio qui passe en 2003 à soit 48 pour 226, ce qui correspond à une baisse du ratio de 9 %.

Le niveau d'emploi chez les personnes

Résumé des résultats du groupe expérimental (22)

1. On observe aucun changement du ratio de la permanence d'emploi chez les répondants. En 1999 comme en 2003, le ratio est de 17 pour 22.
2. Cependant, on note une baisse de 14 %, soit 3 employés, au niveau des postes temporaires, faisant passer le ratio de 5 pour 22 en 1999 à 2 pour 22 en 2003.
3. Pour ce qui est des postes à temps partiel ou de liste d'attente, il n'y avait personne d'enregistrée en 1999. En 2003, le ratio pour les répondants travaillant à temps partiel est de 2 pour 22 et pour celui de la liste de rappel il est de 1 pour 22.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. On note un léger changement dans le ratio au niveau de la permanence chez les répondants. Le ratio passe de 115 pour 226 en 1999 à 123 pour 226 en 2003, ce qui correspond à une augmentation de 4% (n = 8).

2. Idem pour ce qui est des employés à des postes temporaires, soit une légère augmentation de 2 % (n = 4) faisant passer le ratio de 38 pour 226 en 1999 à celui de 42 pour 226 en 2003.
3. Les employés à temps partiel ont vu leur ratio passer de 33 pour 226 en 1999 à 26 pour 226, soit une baisse de 3% (n = 7). Alors que le ratio des employés de liste de rappel est resté inchangé aux deux dates, soit celui de 31 pour 226.
4. En 1999, le ratio des travailleurs sous contrat était de 9 pour 226 pour passer en 2003 à 4 pour 226. Une baisse de l'ordre de 2 % (n = 5).

Le revenu brut annuel

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. En 1999, deux participants se trouvaient à l'échelle salariale de 24 999 \$ et moins, soit la plus basse fourchette salariale. En 2003, on ne retrouve aucun finissant à cette échelle.
2. Le nombre de finissants touchant en moyenne un salaire de 25 000 \$ à 29 999 \$ passe de six en 1999 à deux en 2003.
3. En 1999, deux finissants recevaient en moyenne un salaire de 35 000 \$ à 39, 999 \$, un nombre qui passe à huit en 2003, soit une augmentation de six personnes.
4. Pour la fourchette salariale de 45 000 \$ à 49 999 \$, le nombre de finissants salariés passe de trois à deux.
5. Aucun finissant ne recevait entre 55 000 \$ et 59 999 \$ en 1999. Deux le feront en 2003.
6. Pour la masse salariale variant entre 60 000 \$ et 64 999 \$, en 1999 comme en 2003, trois finissants y sont.

7. On remarque une hausse considérable de finissants touchant de 35 000 \$ et 39 999 \$
8. La hausse moyenne de la masse salariale par travailleur est de 3 864 \$ (10 %) entre 1999 et 2003, ce qui correspond à une hausse de 33,3 % pour les participants du groupe expérimental et de 3% pour ceux du groupe contrôle.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. En 1999, on retrouvait 28 % (n = 63) des participants à l'échelle salariale de 24 999 \$ et moins, soit la plus basse fourchette salariale. Une proportion qui passe à 16 % (n = 36) en 2003, ce qui correspond à une baisse de 12 % (n = 27) de travailleurs.
2. En 1999, 76 répondants touchaient en moyenne un salaire de 25 000 \$ à 29 999 \$, un nombre qui passe à 103 en 2003, soit une augmentation de 12 % (n = 27) de travailleurs, ce qui donne un ratio de 103 pour 226 personnes travaillant à cette échelle salariale en 2003.
3. Quatre vingt quatre répondants recevaient en moyenne un salaire de 30, 000 \$ à 34 999 \$ en 1999. Ce nombre passe à 82 en 2003, soit une légère baisse de deux répondants.
4. Trois participants recevaient en moyenne un salaire de 40, 000 \$ à 44 999 \$ en 1999. Pour 2003, on n'en retrouve plus que deux.
5. Aucun répondant ne recevait de salaire de 55 000 \$ et 59 999 \$ en 1999. Par contre, en 2003, trois participants se trouvent à cette échelle salariale.
6. Finalement, pour la masse salariale allant de 60 000 \$ à 64 999 \$, en 1999 et 2003, on note aucun enregistrement.
7. Au total, on note une hausse considérable de participants touchant un salaire de 25 000 \$ et 29 999 \$

8. En moyenne, l'augmentation de la moyenne salariale annuelle par répondant a été de 3% depuis 1999, passant de 28 163 \$ / années à 29 049 \$ / année.

Le lien entre l'emploi et le programme

Les résultats des évaluations mettant en évidence le lien entre l'emploi et le programme suivi sont colligés comme suit : fortement = 1, assez = 2, peu = 3 et aucunement relié au programme = 4 .

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. On note que 64 % des répondants ont déclaré que leur programme est fortement lié à leur emploi, et 18 % comme assez lié à leur emploi. Toutefois, 18 % considèrent que leur programme est peu ou aucunement lié à leur emploi.
2. Les répondants du groupe expérimental considèrent davantage (10 %) que leur programme est lié à leur emploi que les participants du groupe contrôle.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Au total, 54 % du groupe contrôle ont déclaré que leur programme est fortement lié à leur emploi et 34 % comme assez lié à leur emploi. Toutefois, 12 % considèrent que leur programme est peu ou aucunement lié à leur emploi.

La situation de l'emploi 1999 - 2003

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Au mois de juin 2003, 82 % des participants travaillaient, et 37 % avait le même emploi qu'en 1999. Ainsi, le transfert d'emploi fut de l'ordre de 63 % entre 1999 et 2003.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. La totalité des répondants travaillait en juin 2003, et 43 % avait le même emploi qu'en 1999. Il y eut donc un transfert de secteur d'emploi de l'ordre de 57 % entre 1999 et 2003.

L'emploi et la région administrative

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. 82 % des finissants travaillent dans la région de Montréal, 9 % dans la région de la Montérégie, et un autre 9 % dans Les Laurentides.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. 43 % des répondants travaillent dans la région de Montréal, 20 % dans la région de Laval, 13 % dans celle Des Laurentides, 9 % dans la région de Québec et de la Montérégie et 6 % dans l'Estrie.

Les perspectives d'avenir relativement à l'emploi

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. La majorité des finissants estiment à 77 % que l'emploi lié au domaine de la toxicomanie est un emploi d'avenir, mais mal rémunéré, et 14 % considèrent que c'est un emploi favorisant la mobilité latérale.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. 100 % des répondants affirment que c'est un emploi d'avenir mais mal rémunéré.

Les exigences pour l'emploi actuel en toxicomanie

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Dans l'ensemble, 50 % pensent qu'une formation de deuxième cycle est préférable pour obtenir l'emploi ; 36 % pensent qu'elle est nécessaire et 13 % estiment qu'elle est ni nécessaire ni préférable.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Dans l'ensemble, 29 % pensent qu'une formation de deuxième cycle est préférable pour décrocher l'emploi, alors que 28 % pensent qu'elle est nécessaire et 43 % qu'elle est ni nécessaire ni préférable.

E.3 Le niveau de satisfaction à l'égard du programme et des enseignants.

Section 4 et 5 :

Les résultats des évaluations de l'importance et de l'atteinte des objectifs touchent à 9 énoncés (très satisfait = 1...pas du tout satisfait = 4), et varient de 1,00 à 3,50 pour ce qui est de la satisfaction à l'égard du programme, et de 1,23 à 1,68 pour ce qui est de la satisfaction à l'égard des enseignants.

Échelle des valeurs

1. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : beaucoup satisfait
2. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez satisfait
3. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu satisfait
4. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout satisfait

La satisfaction à l'égard du programme

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Dans l'ordre, le choix du même programme (1,00), la recommandation du programme

(1,36) et le niveau de satisfaction de la formation reçue par les finissants (1,45) constituent le premier bloc d'énoncés de tête.

2. Les finissant estiment assez satisfait que le programme suivi a servi pour la préparation à la carrière (1,64), qu'il y avait un équilibre entre les cours obligatoires et optionnels (1,86) et qu'il a été utile pour la réalisation d'un projet d'évaluation (1,91).
3. Les finissants considèrent comme peu satisfait d'avoir eu à faire un projet de recherche (2,82).

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Dans l'ordre, Les participants estiment assez satisfaisant : le choix du même programme (1,52), le niveau de satisfaction de la formation reçue par les finissants (1,63), la recommandation du programme (1,66), l'équilibre entre les cours obligatoires et optionnels (2,20) et la préparation à la carrière (2,27) constituent le premier bloc d'énoncés de tête.
2. Les participants considèrent peu satisfaisant le fait d'avoir eu à faire un projet de recherche (3,40) et la réalisation d'un projet d'évaluation (3,50)
3. Si les participants devaient choisir une autre université pour suivre le même programme, ils affirment qu'ils ne seraient pas du tout satisfait (3,95).

La satisfaction à l'égard des enseignants

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Les finissants s'estiment en majorité très satisfaits des enseignants qu'ils ont eu, suivant les critères suivants : les étudiants pouvaient s'exprimer librement (1,18), la bonne communication entre les professeurs et les étudiants et la connaissance des professeurs en matière de toxicomanie (1,23), les professeurs maîtrisent bien la matière (1,32), les

méthodes pédagogiques étaient appropriées (1,36) et la reconnaissance de l'expérience pratique des étudiants par les professeurs (1,50).

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Les participants se considèrent comme étant assez satisfaits du corps professoral qu'ils ont eu. Dans l'ordre des critères / énoncés, on retrouve : les étudiants pouvaient s'exprimer librement et la communication était bonne entre les professeurs et les étudiants (1,73), le ratio professeur / chargé de cours et les professeurs maîtrisent bien la matière (1,83), les méthodes pédagogiques étaient appropriées (1,99) et la reconnaissance de l'expérience pratique des étudiants par les professeurs (2,17) constituent la tête des énoncés. Les répondants se disent beaucoup satisfait que les professeurs aient des connaissances en matière de toxicomanie (1,23).

E.4 Les attraits (autres attraits de la formation reçue)

Section 6

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Les résultats des évaluations «autres attraits» que le programme a pu apporter aux étudiants tiennent en 14 énoncés colligés suivant l'échelle allant de 1 = fortement en accord à 4 = fortement en désaccord. Les résultats varient entre 1,32 et 2,64 pour ce qui est de la satisfaction à l'égard du programme.

Échelle des valeurs

5. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : beaucoup en accord
 6. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez en accord
 7. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu en accord
 8. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout en accord
2. Sur 13 des 14 énoncés, l'appréciation du programme suivi par les finissants va de 1,32 à 2,64. Un premier groupe d'énoncés se situe autour de 1,69 et regroupe les questions: préparation pour de nouvelles responsabilités, méthode de travail rigoureuse, solutionner des problèmes, compréhension des organisations publiques et

communautaires, acquisitions d'outils d'analyses, constitution d'un réseau contact et rencontre des gens ayant des intérêts similaires. Un second groupe d'énoncés s'est fait évaluer à près de 2,37. Il s'agit de : l'augmentation du salaire et des chances de promotion, travail en équipe, augmenter connaissances et compréhensions face à la nouvelle clientèle toxicomane, crédits pour d'autres diplômes et formulation d'un plan de carrière.

3. La moyenne du 14^{ième} énoncé est de 4. Elle concerne la préparation des étudiants à leur retour sur le marché du travail. Ce constat tente à démontrer que les étudiants n'étaient pas du tout préoccupés à ce que cet aspect soit offert par le programme.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Les résultats des évaluations «autres attrait» que le programme a pu apporter aux étudiants comportent 14 énoncés (fortement en accord = 1...fortement en désaccord = 4), et les résultats varient entre 1,80 et 3,13 pour la satisfaction des participants à l'égard du programme
2. On note des variations allant de 1,80 et 3,13 sur les 14 énoncés concernant les autres attrait du programme suivi par les répondants. Ceux-ci s'estiment assez en accord avec les attrait suivants : rencontre des gens ayant des intérêts similaires (1,80) et préparation pour de nouvelles responsabilités (1,81), méthode de travail rigoureuse et formulation d'un plan de carrière (2,00), constitution d'un réseau contact (2,09), chances de promotions (2,11), retour sur le marché du travail (2,34), acquisition d'outils d'analyses (2,42), travail en équipe (2,44) et l'augmentation du salaire (2,47).
3. Les participants sont peu en accord avec les facteurs suivants : augmenter les connaissances et compréhensions envers la nouvelle clientèle toxicomane (2,62), la résolution de problème (3,08), compréhension des organisations publiques et communautaires (3,10) et crédits pour d'autres diplômes (3,13).

E.5 Les effets du programme à l'égard de l'amélioration des compétences professionnelles.

Section 7

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Cette évaluation concerne 16 énoncés permettant d'évaluer de façon générale l'amélioration des compétences professionnelles des finissants. L'échelle de valeur est : (beaucoup = 1...pas du tout = 4)

Échelle des valeurs

9. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : beaucoup améliorer
 10. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez améliorer
 11. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu améliorer
 12. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout améliorer
2. Dans l'ordre, on a un seul énoncé (beaucoup améliorer) : le leadership et le sens de l'organisation (1,41).
 3. Notre second groupe d'énoncés (assez améliorer) regroupe : les enjeux éthiques (1,55), intervention auprès de la clientèle ayant des troubles de comorbidités (1,59), analyse et synthèse (1,64), faire face à de nouvelles situations et reconnaissance des enjeux majeurs ainsi qu'avoir un regard critique sur les politiques publiques (1,68), sens de la créativité (1,73), l'esprit d'initiative et la reconnaissance de ses forces et faiblesses (1,77), avoir l'objectivité dans l'analyse des faits (2,23), mener à terme un projet de recherche (2,32) et un projet d'évaluation (2,41), contrôler les activités de l'organisme (2,55), prendre des décisions appropriées (2,77).

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Cette évaluation concerne 16 énoncés permettant d'évaluer de façon générale l'amélioration des compétences professionnelles des répondants. L'échelle de valeur est de 1 = beaucoup à 4 = pas du tout.

2. Notre groupe d'énoncés de tête (assez améliorer) est : ordre, analyse et synthèse (1,62), sens de la créativité (1,67) et l'esprit d'initiative (1,83), faire face à de nouvelles situations (2,10), le leadership (2,31), reconnaissance de mes forces et faiblesses (2,35), le sens de l'organisation (2,41) et avoir l'objectivité dans l'analyse des faits (2,47).
3. Le deuxième bloc d'énoncés de tête (peu d'amélioration) se présente comme suit : prendre des décisions appropriées (2,51) et reconnaître les enjeux majeurs (2,66), la réalisation d'un projet d'évaluation (3,19), les enjeux éthiques et avoir un regard critique sur les politiques publiques (3,31), intervention auprès de la clientèle ayant des troubles de comorbidité (3,34), et mener à terme un projet de recherche (3,42) qui constituent notre dernier bloc.

E.6 Les effets du programme sur l'amélioration du savoir, savoir - être et savoir - faire à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane.

Section 8, 9 et 10 :

Cette évaluation concerne 14 énoncés permettant d'évaluer de façon générale l'amélioration de l'ensemble des connaissances dont le score varie entre (1,5 et 2,95), des attitudes (1,95 à 2,86) et des habiletés (1,77 à 3,00). L'échelle de valeur va de beaucoup = 1 à pas du tout = 4.

Échelle des valeurs

13. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup améliorer
14. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez améliorer
15. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu améliorer
16. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout améliorer

Le savoir (connaissance)

Résumé des résultats du groupe expérimental (22)

1. Dans l'ordre, les répondants considèrent avoir assez amélioré les connaissances suivantes : les troubles de personnalités (1,50), l'application d'un plan de traitement (1,73), la clientèle polytoxicomane et psychiatisée (1,82), la clientèle judiciairisée (1,86), la réduction des méfaits (1,91), le transfert et la clientèle issue de la criminalité (1,95), la connaissance de ses propres limites (2,05), l'utilisation du transfert et du contre transfert (2,09), la clientèle atteinte du VIH - SIDA (2,27), la clientèle suicidaire (2,36), les joueurs pathologiques (2,73) et la clientèle de jeunes adultes (2,95).
2. Les répondants estiment que leurs connaissances au niveau de la clientèle de joueurs pathologiques et de jeunes adultes sont celles qui ont le moins améliorées.
3. On remarque une grande différence au niveau de l'amélioration des connaissances à l'égard de la nouvelle clientèle toxicomane entre les deux groupes. La majorité des répondants du groupe expérimental estiment avoir assez amélioré leurs connaissances à cet égard comparativement à ceux du groupe contrôle qui considèrent majoritairement avoir peu amélioré leurs connaissances.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Dans l'ordre, les répondants considèrent avoir peu amélioré les connaissances suivantes : la réduction des méfaits (2,70), la clientèle polytoxicomane (2,73) et la clientèle de jeune adulte (2,86), face à la clientèle suicidaire et la clientèle atteinte du VIH - SIDA (3,03), la clientèle judiciairisée (3,08), la clientèle issue de la criminalité (3,31), le transfert (3,38), les joueurs pathologiques (3,43) et les troubles de personnalités (3,46).
2. Pour le regroupement des énoncés suivant, les répondants estiment n'avoir pas du tout améliorer leurs connaissances face à la clientèle psychiatisée (3,52), l'atteinte de ses

propres limites (3,62) et la connaissance de l'utilisation du transfert et du contre transfert à l'égard de la clientèle toxicomane (3,73).

Le savoir - être (les attitudes)

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Les énoncés suivants (13 sur 14) sont ceux que les répondants considèrent avoir assez amélioré : les attitudes face à la clientèle ayant des troubles de personnalité (1,82) et face à un plan de traitement (1,95), la connaissance de ses propres limites et la réduction des méfaits (2,00), la clientèle judiciarisée et atteinte du VIH - SIDA (2,09), la clientèle issue de la criminalité et suicidaire (2,18), l'attitude à l'égard du transfert et de contre transfert (2,27), l'utilisation du transfert et du contre transfert (2,32), les joueurs pathologiques et la clientèle de jeunes adultes (2,45) et la clientèle polytoxicomane (2,50).
2. Les répondants déclarent avoir peu amélioré leurs attitudes face à la clientèle psychiatisée (2,86).
3. Même si les statistiques démontrent que, dans l'ensemble, les répondants du groupe expérimental ont assez bien amélioré leurs attitudes, il n'en demeure pas moins que : les attitudes face à la clientèle de joueurs pathologiques et la clientèle de jeunes adultes ainsi que la clientèle polytoxicomane et psychiatisée sont celles que les répondants ont eu le plus de difficultés a améliorer.
4. On note une grande différence au niveau de l'amélioration des attitudes face à la nouvelle clientèle toxicomane. Les répondants du groupe expérimental considèrent majoritairement avoir assez amélioré leur attitude comparativement aux répondants du groupe de contrôle qui considèrent avoir assez et peu amélioré leur attitude.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Les deux énoncés suivants sont celles que les répondants considèrent avoir assez amélioré : les attitudes face à un plan de traitement (1,97) et de la réduction des méfaits (2,46).
2. Les répondants déclarent avoir peu amélioré leurs attitudes dans les situations suivantes : la clientèle polytoxicomane (2,65), la clientèle de jeunes adultes (2,83), la clientèle atteinte du VIH - SIDA (2,91) et la clientèle issue de la criminalité (2,96), face à la clientèle psychiatisée (3,17), les joueurs pathologiques (3,19), ses propres limites et face à la clientèle ayant des troubles de personnalité (3,21), vis à vis le transfert et le contre transfert (3,34), la clientèle judiciairisée (3,37), la clientèle suicidaire (3,43) et concernant l'utilisation du transfert et du contre transfert (3,66), les répondants estiment qu'ils n'ont pas amélioré du tout leurs attitudes.

Le savoir - faire (les habiletés)

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

1. Dans l'ordre, les finissants estiment avoir assez amélioré leurs habiletés dans les situations suivantes (11 sur 14) : la réduction des méfaits (1,77), la clientèle ayant des troubles de personnalité (1,91) et face à un plan de traitement (1,91), la clientèle polytoxicomane (2,00), face à ses propres limites (2,05), la clientèle issue de la criminalité (2,23), vis à vis le transfert et le contre transfert et clientèle judiciairisée (2,27), l'utilisation du transfert et du contre transfert (2,36), la clientèle suicidaire (2,41) et la clientèle psychiatisée (2,50)
2. Dans l'ordre, les participants considèrent avoir peu amélioré leurs habiletés dans les situations suivantes : la clientèle atteinte du VIH - SIDA (2,55), la clientèle de jeunes adultes (2,68) et vis à vis de la clientèle de joueurs pathologiques (3,00).

3. Les répondants affirment, tout comme pour l'amélioration de leurs connaissances et de leurs attitudes, avoir eu plus de difficultés à améliorer leurs habiletés à l'égard de la clientèle composée de jeunes adultes et celle composée de joueurs pathologiques.
4. On note également une grande différence entre les deux groupes au niveau de l'amélioration des habiletés. Majoritairement, les répondants du groupe expérimental estiment avoir assez amélioré leurs habiletés face à la nouvelle clientèle toxicomane. D'ailleurs, 11 énoncés sur 14 se situent à cette échelle de valeur. Comparativement, suite à leur formation, les répondants du groupe contrôle déclarent avoir peu amélioré leurs habiletés pour 10 des 14 énoncés.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

1. Les finissants estiment avoir assez amélioré leurs habiletés dans la situation suivante : face à un plan de traitement (2,08).
2. Dans l'ordre, les participants considèrent avoir peu amélioré leurs habiletés dans les situations suivantes : la réduction des méfaits (2,52) et la clientèle polytoxicomane (2,59), clientèle suicidaire (3,13), face à ses propres limites (3,18), la clientèle de jeunes adultes (3,19), la clientèle atteinte du VIH - SIDA (3,28), la clientèle judiciairisée (3,40), la clientèle de joueurs pathologiques (3,45), la clientèle issue de la criminalité (3,48) et la clientèle psychiatisée (3,50).
3. Les répondants du groupe contrôle n'ont pas du tout amélioré leurs habiletés pour les énoncés suivantes : les habiletés vis à vis le transfert et le contre transfert (3,55), la clientèle ayant des troubles de personnalité (3,75) et l'utilisation du transfert et du contre transfert (3,75).

E.7 Les effets du programme spécialement sur le savoir, le savoir - être et le savoir - faire à l'égard des différents troubles de comorbidité.

Section 11, 12 et 13 :

Cette évaluation concerne 22 énoncés répartis en quatre groupes dont le quatrième est divisé en trois sous-groupes. Ces énoncés permettent d'évaluer de façon globale l'amélioration de l'ensemble des connaissances à l'égard des troubles de santé mental et de toxicomanie des répondants. La moyenne du score du groupe expérimental est de (2,14) pour le groupe du trouble de l'humeur, de (1,77 à 2,68) pour le groupe des troubles anxieux, de (2,18 à 2,27) pour les troubles mentaux sévères et persistants, et de (1,5 et 2,68) pour le trouble de personnalités ; l'échelle de valeur variant de beaucoup = 1 à pas du tout = 4.

Échelle des valeurs

- 17. Valeur de la moyenne entre 1,00 et 1,50 : Beaucoup améliorer
- 18. Valeur de la moyenne entre 1,51 et 2,50 : Assez améliorer
- 19. Valeur de la moyenne entre 2,51 et 3,50 : Peu améliorer
- 20. Valeur de la moyenne entre 3,51 et 4,00 : Pas du tout améliorer

Le savoir (connaissance)

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

Trouble de l'humeur (1 énoncé)

1. Les répondants estiment avoir assez amélioré leurs connaissances face aux personnes vivant un problème de dépression et de toxicomanie (2,14).

Troubles anxieux (6 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants estiment avoir assez amélioré leurs connaissances face aux personnes ayant des troubles de comorbidités de type : troubles obsessionnel - compulsif (1,77), phobie sociale (2,32), panique et anxiété généralisée (2,36) et du désordre post-traumatisme (2,50).

Troubles mentaux sévères et persistants (2 énoncés)

1. Dans l'ordre, les participants affirment avoir assez amélioré leurs connaissances face aux troubles bipolaires (2,18) et de schizophrénie (2,27).

Trouble de désordre de personnalité (groupe A : 3 énoncés)

1. En général, les répondants considèrent avoir assez amélioré leurs connaissances à l'égard des troubles de désordre de personnalité du groupe A ; soit dans l'ordre, les troubles de personnalité paranoïde (2,14), et ceux schizoïdes et schizotypique (2,55).

Trouble de désordre de personnalité (groupe B : 4 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants affirment avoir assez amélioré leurs connaissances face aux troubles de désordres de personnalité du groupe B : personnalité narcissique (1,64), antisocial (1,73) et limite (1,77) et le trouble histrionique (2,00).

Trouble de désordre de personnalité (groupe C : 6 énoncés)

1. Les répondants affirment avoir beaucoup amélioré leurs connaissances à l'égard des personnes ayant une dépendance et faisant de l'abus d'une substance (1,50).
2. Concernant ces types de troubles de comorbidités, les répondants estiment avoir assez amélioré leurs connaissances à l'égard de : personnalité obsessionnelle-compulsive (1,77) face aux personnalités dépendantes (2,14), et aux personnalités évitantes (2,23).
3. Les participants déclarent avoir peu amélioré leurs connaissances face à la clientèle souffrant de troubles d'alimentation (2,68).
4. Généralement, les répondants du groupe expérimental ont assez amélioré leurs connaissances à l'égard des troubles de comorbidités. D'ailleurs, 18 énoncés sur 22 font références à cette échelle de valeur. Comparativement, les répondants du groupe contrôle

considèrent avoir peu amélioré leurs connaissances. Aussi, 16 énoncés sur 22 fait état de cette situation.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

Trouble de l'humeur (1 énoncé)

1. Les répondants estiment avoir peu amélioré leurs connaissances face aux personnes souffrant de dépression et de toxicomanie (3,10).

Troubles anxieux (6 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants estiment avoir peu amélioré leurs connaissances face aux personnes ayant des troubles de comorbidités de type : anxiété généralisé (3,24), obsessionnel - compulsif (3,30), phobie sociale (3,36) et pour le trouble de panique et agoraphobie (3,43).

Troubles mentaux sévères et persistants (2 énoncés)

1. Dans l'ordre, les participants affirment avoir peu amélioré leurs connaissances face aux troubles de schizophrénie (3,31) et bipolaires (3,36).

Trouble de désordre de personnalité (groupe A : 3 énoncés)

1. Les répondants considèrent avoir peu amélioré leurs connaissances à l'égard des troubles de désordre de personnalité du groupe A. Dans l'ordre, schizotypique (3,44) et troubles de personnalité paranoïde et schizoïde (3, 49)

Trouble de désordre de personnalité (groupe B : 4 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants affirment avoir peu amélioré leurs connaissances face aux troubles de désordre de personnalités du groupe B : anti-social (3,39) et pour le trouble histrionique (3,43) et de personnalité limite (3,52) ainsi que narcissique (3,58), les répondants estiment ne pas avoir du tout amélioré leurs connaissances.

Trouble de désordre de personnalité (groupe C : 6 énoncés)

1. Les répondants affirment avoir beaucoup amélioré leurs connaissances à l'égard de personnes abusant d'une substance (1,50).
2. Les répondants affirment avoir assez amélioré leurs connaissances à l'égard des personnes qui avaient une dépendance à une substance (1, 70).
3. Concernant ces types de troubles de comorbidité, les répondants estiment avoir peu amélioré leurs connaissances à l'égard : des personnalités dépendantes (2,86), obsessives - compulsives (3,15), aux personnes ayant des troubles de l'alimentation (3,21), et aux personnalités évitentes (3,31).

Le savoir - être (attitudes)

Cette évaluation concerne 22 énoncés répartis en cinq groupes dont le quatrième est divisé en trois sous-groupes, et le cinquième se rapportant à la dépendance et l'abus d'une substance. Ces énoncés permettent d'évaluer de façon générale l'amélioration de l'ensemble du savoir - être (attitudes) à l'égard des troubles de santé mentale et de toxicomanie des répondants, dont la moyenne du score pour le groupe du trouble de l'humeur est de (2,32), pour le groupe des troubles anxieux de (2,00 à 2,64), pour celui des troubles mentaux sévères et persistants de (1,77 à 2,05), et pour celui du trouble de personnalité de (1,82 à 2,50) ; l'échelle de valeur variant de (1 pour beaucoup à 4 pour pas du tout).

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

Trouble de l'humeur (1 énoncé)

1. Les répondants affirment avoir assez amélioré leurs attitudes face aux personnes vivant un problème de dépression et de toxicomanie (2,32).

Troubles anxieux (6 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants estiment avoir assez amélioré leurs attitudes face aux personnes ayant des troubles de comorbidités de type : troubles obsessionnel - compulsif (2,00), panique (2,18), anxiété généralisée (2,27), phobie sociale et de désordre post-traumatisme avec (2,45).

Troubles mentaux sévères et persistants (2 énoncés)

1. Les participants affirment avoir assez amélioré leurs attitudes face aux troubles bipolaires (1,77) et à l'égard de la schizophrénie (2,05).

Trouble de désordre de personnalité (groupe A : 3 énoncés)

1. Les répondants considèrent avoir assez amélioré leurs attitudes à l'égard des troubles de désordre de personnalité du groupe A. Dans l'ordre, schizoïde et schizotypique (2,32), troubles de personnalité paranoïde (2,50).

Trouble de désordre de personnalité (groupe B : 4 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants affirment avoir beaucoup amélioré leurs attitudes face aux troubles de désordres de personnalités du groupe B : personnalité narcissique, anti-social et limite (1,82) et pour le trouble histrionique (2,23).

Trouble de désordre de personnalité (groupe C : 6 énoncés)

1. Les participants déclarent avoir assez amélioré leurs attitudes face : aux personnalités obsessionnelles - compulsives (2,14), aux personnalités dépendantes (2,36), aux personnalités évitantes (2,45), et aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation (2,50) ainsi qu'à l'égard des personnes faisant de l'abus d'une substance (1,50). Concernant les personnes vivant une dépendance à une substance, les répondants considèrent avoir beaucoup amélioré leurs attitudes à cet égard (1,55).

2. On note une grosse différence entre l'amélioration des attitudes des participants du groupe expérimental et celles des répondants du groupe de contrôle. La majorité des énoncés (20 sur 22) pour le groupe expérimental se situe à la cote 2 (assez) et pour le groupe contrôle la cote se situe à 3 (peu) avec 12 énoncés sur 22 plus 7 autres énoncés se situant à la cote 4 (pas du tout).

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

Trouble de l'humeur (1 énoncé)

1. Les répondants affirment n'avoir pas amélioré du tout leurs attitudes face aux personnes ayant un problème de dépression et de toxicomanie (3,39).

Troubles anxieux (6 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants estiment avoir peu amélioré leurs attitudes face aux personnes ayant des troubles de comorbidités de type : phobie sociale (3,22), troubles obsessionnel - compulsif et anxiété généralisée (3,36), agoraphobie (3,41), panique (3,46) et les répondants estiment n'avoir pas du tout amélioré leurs attitudes face au trouble de désordre post-traumatisme (3,59).

Troubles mentaux sévères et persistants (2 énoncés)

1. Les participants affirment avoir pas du tout amélioré leurs attitudes face aux troubles de schizophrénie (3,55) et bipolaires (3,66).

Trouble de désordre de personnalité (groupe A : 3 énoncés)

1. Les répondants considèrent n'avoir pas du tout amélioré leurs attitudes à l'égard des troubles de désordre de personnalité du groupe A : schizoïde (3,54) et schizotypique (3,62) et concernant le trouble de personnalité paranoïde, les répondants estiment avoir peu amélioré leurs attitude à cet égard (3,44)

Trouble de désordre de personnalité (groupe B : 4 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants affirment avoir peu amélioré leurs attitudes face aux troubles de désordres de personnalités du groupe B : le trouble histrionique (3,43) et antisocial (3,45). Concernant le trouble limite (3,63) et de la personnalité narcissique (3,71), les répondants considèrent n'avoir pas amélioré leur attitude face à cette clientèle.

Trouble de désordre de personnalité (groupe C : 6 énoncés)

1. Les répondants affirment avoir assez amélioré leurs attitudes à l'égard des personnes abusant d'une substance (1,65) et envers celles souffrant de dépendance (2,03).
2. Les participants déclarent avoir peu amélioré leurs attitudes face : aux personnalités dépendantes (3,07), aux personnalités obsessives - compulsives et aux personnalités évitantes (3,30) et à l'égard des personnes vivant des troubles de l'alimentation (3,38).

Le savoir - faire (habiletés)

Cette évaluation concerne 22 énoncés répartis en quatre groupes dont le quatrième est divisé en trois sous-groupes. Ces énoncés permettent d'évaluer de façon générale l'amélioration de l'ensemble du savoir - faire (habiletés) à l'égard des troubles de santé mentale et de toxicomanie des répondants, dont la moyenne du score pour le groupe du trouble de l'humeur est de (1,91), pour le groupe des troubles anxieux de (2,00 à 2,68), pour les troubles mentaux sévères et persistants de (1,91 à 2,18), et du trouble de personnalité de (1,68 et 2,64). L'échelle de valeur variant de (beaucoup = 1) à (pas du tout = 4).

Résumé des résultats du groupe expérimental (N = 22)

Trouble de l'humeur (1 énoncé)

1. Les répondants déclarent avoir assez amélioré leurs habiletés face aux personnes souffrant de dépression et de toxicomanie (1,91).

Troubles anxieux (6 énoncés)

1. Dans l'ordre, les participants déclarent avoir assez amélioré leurs attitudes face aux personnes ayant des troubles de comorbidités de type : troubles obsessionnel - compulsif (2,00), anxiété généralisée (2,32), désordre post - traumatisme (2,41) et de panique (2,45). Concernant le trouble de phobie sociale (2,55) et d'agoraphobie (2,68), les répondants estiment avoir peu amélioré leurs habiletés.

Troubles mentaux sévères et persistants (2 énoncés)

1. Les participants affirment avoir assez amélioré leurs habiletés face aux personnes atteintes de troubles bipolaires (1,91) et de la schizophrénie (2,18).

Trouble de désordre de personnalité (groupe A : 3 énoncés)

1. Les participants estiment avoir assez amélioré leurs attitudes à l'égard des troubles de désordre de personnalité du groupe A, soit dans l'ordre, les troubles de personnalité paranoïde (2,32) et Schizoïde (2,45). Concernant le trouble schizotypique (2,64), les répondants estiment avoir peu amélioré leurs habiletés.

Trouble de désordre de personnalité (groupe B : 4 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants affirment avoir assez amélioré leurs habiletés face aux troubles de désordre de personnalités du groupe B : personnalité narcissique (1,68), antisocial (1,73), limite (1,77) et histrionique (1,95).

Trouble de désordre de personnalité (groupe C : 6 énoncés)

1. Les participants considèrent avoir assez amélioré leurs habiletés face aux personnalités faisant de l'abus d'une substance (1,68), obsessionnelles - compulsives (1,86), dépendantes (2,18), aux personnalités évitantes (2,23) et aux personnes ayant des troubles de l'alimentation (2,41).

2. Les répondants estiment avoir beaucoup amélioré leurs habiletés face aux personnalités ayant une dépendance à une substance (1,45)

3. De grandes différences ont été notées entre les deux groupes à propos de l'amélioration des habiletés à l'égard des troubles de comorbidités. Les répondants du groupe expérimental estiment en majorité avoir assez amélioré leurs habiletés d'aide aux personnes ayant des troubles de comorbidités. D'ailleurs, 19 énoncés sur 22 se situent à cette échelle. Quant aux participants du groupe contrôle, ceux-ci considèrent qu'ils ont peu amélioré leurs habiletés (11 énoncés sur 22) et ils estiment que pour 9 autres énoncés, ils n'ont pas du tout amélioré leurs habiletés.

Résumé des résultats du groupe contrôle (226 répondants)

Trouble de l'humeur (1 énoncé)

1. Les répondants déclarent avoir peu amélioré leurs habiletés face aux personnes souffrant de dépression et de toxicomanie (3,45).

Troubles anxieux (6 énoncés)

1. Dans l'ordre, les participants déclarent avoir peu amélioré leurs attitudes face aux personnes ayant des troubles de comorbidités de type : phobie sociale (3,42), panique et agoraphobie (3,46). Concernant les troubles de l'anxiété généralisée (3,56), troubles obsessionnel - compulsif (3,58) et le trouble de désordre post - traumatisme (3,81), les répondants estiment n'avoir pas du tout amélioré leurs habiletés.

Troubles mentaux sévères et persistants (2 énoncés)

1. Les participants affirment n'avoir pas du tout amélioré leurs habiletés face aux troubles de schizophrénie (3,61) et bipolaires (3,62).

Trouble de désordre de personnalité (groupe A : 3 énoncés)

1. Les participants estiment avoir assez amélioré leurs attitudes à l'égard des troubles de désordre de personnalité du groupe A, soit dans l'ordre : troubles de personnalité paranoïde (3,39) et Schizoïde (3,50) et pour le trouble schizotypique (3,70), les répondants jugent ne pas avoir du tout amélioré leurs habiletés.

Trouble de désordre de personnalité (groupe B : 4 énoncés)

1. Dans l'ordre, les répondants affirment n'avoir pas du tout amélioré leurs habiletés face aux troubles de désordres de personnalité du groupe B : histrionique (3,50), antisocial (3,56), limite (3,65) et personnalité narcissique (3,90).

Trouble de désordre de personnalité (groupe C : 6 énoncés)

1. Les participants considèrent avoir peu amélioré leurs habiletés face aux personnalités dépendantes (3,22), aux personnes ayant des troubles de l'alimentation (3,29), aux personnalités obsessives - compulsives (3,38) et aux personnalités évitentes (3,39).
2. Les répondants estiment avoir assez amélioré leurs habiletés face aux personnes ayant une dépendance à une substance (1,83) ainsi qu'à l'égard des personnes abusant d'une substance (2,14).

APPENDICE f

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU GROUPE EXPÉRIMENTAL

F.1 Questionnaire.....184

**Questionnaire d'évaluation destiné
aux finissants (es) et diplômés (es) des
programmes de 2^e cycle en toxicomanie
de l'Université de Sherbrooke**

Par

Chrystian Rousselle

**Évaluation des effets d'un programme de 2^e cycle
en toxicomanie sur les connaissances, les attitudes et
les habiletés des finissants (es) et diplômés (es)
en milieu de travail**

juillet 2003

Chers collègues

Dans le cadre de ma maîtrise en mesure et évaluation de programme à l'École Nationale d'administration publique, je sollicite votre collaboration pour la phase finale de mon mémoire. L'objet de mon mémoire est l'évaluation des effets du programme de 2^e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke. Cette évaluation porte sur l'amélioration des connaissances, des attitudes et des habiletés que vous avez acquis lors de votre formation universitaire afin de travailler auprès de la nouvelle clientèle toxicomane issue de la désinstitutionnalisation dans le contexte du virage ambulatoire ou préventif. Ainsi, vous serez rencontrés dans votre milieu de travail et un questionnaire vous sera remis ainsi qu'à vos collègues de travail.

Bien qu'elle soit facultative, votre participation est essentielle à la qualité des résultats. Toutes vos réponses au sujet desquelles vous détenez des droits d'accès et de rectification seront traitées de façon confidentielle et ne seront utilisées qu'à des fins statistiques. De plus, le questionnaire est anonyme.

Je vous remercie donc de votre entière collaboration et de votre précieux temps que vous employez à remplir ce questionnaire. Ceci, afin de me permettre de mener à terme mon mémoire.

En vous remerciant,

Chrystian Rousselle

D.É.S. Toxicomanie

Tél : 450 923-8060

Courriel : chryst1@videotron.ca

Comment remplir ce questionnaire

1. Vous n'aurez pas à répondre à toutes les questions de ce questionnaire. Ainsi, des renvois ont été prévus à plusieurs endroits afin de vous faciliter la tâche.

Exemple :

- Avez-vous travaillé à un emploi rémunéré ou à votre compte au cours du mois de janvier 1999 ?

Oui	<input type="checkbox"/> 1	⇒	passez à la question X
Non	<input type="checkbox"/> 2	⇒	passez à la question Y

Inscrivez toujours votre réponse à l'endroit réservé à cet fin, soit en cochant une case ou en encerclant le code qui correspond à votre réponse. Passez ensuite à la question qui est indiquée par le renvoi.

2. Certaines questions comportent aussi des espaces ou des choix de réponses que vous utiliserez lorsque aucune des réponses fournies ne correspond à votre situation. (par exemple à la question 3 ou encore à la question 10). Dans la majorité des cas, lorsque vous utiliserez le choix de réponses «autres», il vous sera alors demandé de préciser votre réponse dans l'espace qui suit.
3. Enfin, pour certaines autres questions, on vous demande simplement de répondre directement dans un espace. (C'est notamment le cas de la question 5). Pour ce genre de question, vous n'avez qu'à inscrire votre réponse sur la ligne réservée à cette fin.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) à l'USERB, et en quelle année ?

Diplôme		Année de graduation	Prévue
Le microprogramme de 2 ^e cycle	<input type="checkbox"/> 1	_____	_____
		Année	Année
Le diplôme de 2 ^e cycle	<input type="checkbox"/> 2	_____	_____
		Année	Année
La maîtrise en int. Sociale	<input type="checkbox"/> 3	_____	_____
		Année	Année

2. Dans quelle région étiez-vous inscrit et quel a été votre régime d'étude principale ?

Région		Régime d'étude	
Longueuil	<input type="checkbox"/> 1	Temps partiel	<input type="checkbox"/> 1
Québec	<input type="checkbox"/> 2	Temps complet	<input type="checkbox"/> 2

3. Quel est le niveau et le domaine du dernier diplôme obtenu avant votre inscription à l'USHERB ?

Niveau		Domaine	
15 à 60 crédits universitaires	<input type="checkbox"/> 1	Psychologie	<input type="checkbox"/> 1
Baccalauréat	<input type="checkbox"/> 2	Sciences de la santé	<input type="checkbox"/> 2
Maîtrise	<input type="checkbox"/> 3	Travail social	<input type="checkbox"/> 3
Diplôme de 2 ^e cycle	<input type="checkbox"/> 4	Médecine	<input type="checkbox"/> 4
Un doctorat (Ph. D. ou autre)	<input type="checkbox"/> 5	Criminologie	<input type="checkbox"/> 5
Autres, précisez : _____	<input type="checkbox"/> 6	Autres, _____	<input type="checkbox"/> 6

4. **Quelle (s) langue (s) utilisez-vous généralement au travail ?**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Uniquement le français | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Le français et l'anglais | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Uniquement l'anglais | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Une autre langue | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. **Combien comptez-vous d'années d'expérience de travail avant de vous inscrire à l'USHERB ?**

Année (s) _____

6. **Actuellement, combien comptez-vous d'années d'expérience de travail ?**

Année (s) _____

7. **Quel est votre âge ?** _____

8. **Votre sexe ?**

- | | | |
|----------|--------------------------|---|
| Féminin | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Masculin | <input type="checkbox"/> | 2 |

9. **Aviez-vous des enfants à charges durant vos études à l'USHERB ?**

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| Oui | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Non | <input type="checkbox"/> | 2 |

10. **À votre connaissance, quel est le niveau d'études le plus élevé atteint par votre père et votre mère ?**

- | | Père | Mère |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Études primaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Études secondaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Études collégiales complétées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Études universitaires partielles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Études universitaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. **Quelle a été l'importance de chacun des objectifs présentés ci-dessous dans le choix d'entreprendre des études dans l'un ou l'autre des programmes de l'USHERB (1^e colonne) et ces objectifs ont-ils été atteints ? (2^e colonne)**

Échelle : 1) Très important 3) Peu important NSP) Ne s'applique pas
2) Assez important 4) Pas du tout important

	L'importance des objectifs					L'atteinte des objectifs				
A. Améliorer mes chances de me trouver un emploi.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
B. Réorienter ma carrière.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
C. Réorienter mon champ de spécialisation.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
D. Améliorer mes chances de promotion au sein de mon organisme.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
E. Acquérir un bagage de connaissances théoriques dans le champs de spécialisation que j'ai choisi.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
F. Éventuellement, poursuivre des études de doctorat.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
G. Mieux assumer les responsabilités liées à mes fonctions.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
H. Améliorer mes capacités à diriger et à gérer une organisation.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
I. Acquérir les outils nécessaires au plan théorique, méthodologique et pratique, afin d'intervenir en toxicomanie dans le contexte du virage préventif et de l'intervention dans le milieu.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
J. Améliorer mes connaissances et mes concepts de base en toxicomanie.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
K. Intégrer des outils de recherche, d'analyse et d'évaluation nécessaires à l'amélioration et au renouvellement des pratiques sur le terrain.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
L. Approfondir le contexte et les enjeux politiques et éthiques propres à l'intervention actuelle en toxicomanie.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP
M. Acquérir des habiletés spécifiques pour le travail d'intervention ou de supervision : action politique, communication publique, travail de milieu, double problématique, intersectorialité, planification et programmation.	1	2	3	4	NSP	1	2	3	4	NSP

12. Quelle a été l'importance de chacun des facteurs suivants dans votre choix de l'USHERB plutôt qu'un autre établissement universitaire (indiquez votre appréciation des objectifs selon l'échelle ci-dessous) ?

Échelle : 1) Très important 3) Peu important NSP) Ne s'applique pas
 2) Assez important 4) Pas du tout important

A. Renommée de l'institution.	1	2	3	4	NSP
B. Réputation du corps professoral.	1	2	3	4	NSP
C. Reconnaissance du diplôme de l'USHERB dans le milieu	1	2	3	4	NSP
D. Variété des secteurs de provenance des étudiants.	1	2	3	4	NSP
E. Possibilité d'étudier à temps partiel.	1	2	3	4	NSP
F. Flexibilité des horaires.	1	2	3	4	NSP
G. Variété des programmes offerts.	1	2	3	4	NSP
H. Variété des cours offerts.	1	2	3	4	NSP
I. Contenu du programme choisi.	1	2	3	4	NSP
J. Aspect multidisciplinaire du programme.	1	2	3	4	NSP
K. Possibilité de réaliser un projet de recherche ou une activité d'évaluation de programme.	1	2	3	4	NSP
L. Les méthodes pédagogiques.	1	2	3	4	NSP
M. Insistance sur la liaison entre la théorie et la pratique	1	2	3	4	NSP
N. Les liens privilégiés de l'USHERB avec les organisations publiques et privées en toxicomanie.	1	2	3	4	NSP
O. La qualité d'encadrement des étudiants	1	2	3	4	NSP
P. Proximité de l'établissement d'enseignement	1	2	3	4	NSP

SECTION 2 : EMPLOI AU MOMENT DE VOTRE PREMIÈRE INSCRIPTION À L'USHERB.

13. Au moment de vous inscrire à l'USHERB, quels étaient votre secteur de provenance et votre catégorie d'emploi ?

Secteur de provenance		Catégorie d'emploi	
Centre de traitement public	<input type="checkbox"/> 1	Hors-cadre	<input type="checkbox"/> 1
Centre de traitement privé	<input type="checkbox"/> 2	Cadre supérieur	<input type="checkbox"/> 2
Milieu hospitalier	<input type="checkbox"/> 3	Cadre intermédiaire	<input type="checkbox"/> 3
Réseau de la santé et des services sociaux	<input type="checkbox"/> 4	Infirmier (ière)	<input type="checkbox"/> 4
À mon compte	<input type="checkbox"/> 5	Psychologue	<input type="checkbox"/> 5
C.L.S.C.	<input type="checkbox"/> 6	Criminologue	<input type="checkbox"/> 6
Centre de crise	<input type="checkbox"/> 7	Travailleur (euse) social (e)	<input type="checkbox"/> 7
Organisme communautaire	<input type="checkbox"/> 8	Travailleur (euse) de rue	<input type="checkbox"/> 8
Protection de la jeunesse	<input type="checkbox"/> 9	Intervenant en toxicomanie	<input type="checkbox"/> 9
Autres, précisez : _____	<input type="checkbox"/> 10	Autres, précisez : _____	<input type="checkbox"/> 10

14. Cet emploi était-il relié au programme d'études par lequel vous vous êtes inscrit à l'USHERB ?

- Fortement 1
 Assez 2
 Peu 3
 Aucunement relié 4

15. L'emploi que vous occupiez était-il

- Un emploi permanent 1
 Un emploi temporaire 2
 Un emploi à temps partiel 3
 Un emploi à temps partiel (liste de rappel) 4
 Un emploi contractuel 5

16. Quel était votre revenu brut annuel avant de commencer vos études à l'USHERB ?

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 24 999 \$ et moins | <input type="checkbox"/> 1 | 45 000 \$ à 49 999 \$ | <input type="checkbox"/> 6 |
| 25 000 \$ à 29 999 \$ | <input type="checkbox"/> 2 | 50 000 \$ à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> 7 |
| 30 000 \$ à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> 3 | 55 000 \$ à 59 999 \$ | <input type="checkbox"/> 8 |
| 35 000 \$ à 39 999 \$ | <input type="checkbox"/> 4 | 60 000 \$ à 64 999 \$ | <input type="checkbox"/> 9 |
| 40 000 \$ à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> 5 | 65 000 \$ et plus | <input type="checkbox"/> 10 |

SECTION 3 : SITUATION D'EMPLOI AU COURS DU MOIS DE JUIN 2003

17. Avez-vous travaillé à un emploi rémunéré ou à votre compte au cours du mois de juin 2003 ?

Oui	<input type="checkbox"/> 1	⇒	passez à la question 18
Non	<input type="checkbox"/> 2	⇒	passez à la question 28

18. L'emploi que vous occupiez en juin 2003 était-il le même que celui décrit à la section précédente ?

Oui	<input type="checkbox"/> 1	⇒	passez à la question 21
Non	<input type="checkbox"/> 2	⇒	passez à la question 19

19. En juin 2003, quels étaient votre secteur de provenance et votre catégorie d'emploi ?

Secteur de provenance		Catégorie d'emploi	
Centre de traitement public	<input type="checkbox"/> 1	Hors-cadre	<input type="checkbox"/> 1
Centre de traitement privé	<input type="checkbox"/> 2	Cadre supérieur	<input type="checkbox"/> 2
Milieu hospitalier	<input type="checkbox"/> 3	Cadre intermédiaire	<input type="checkbox"/> 3
Réseau de la santé et des services sociaux	<input type="checkbox"/> 4	Infirmier (ière)	<input type="checkbox"/> 4
À mon compte	<input type="checkbox"/> 5	Psychologue	<input type="checkbox"/> 5
C.L.S.C.	<input type="checkbox"/> 6	Criminologue	<input type="checkbox"/> 6
Centre de crise	<input type="checkbox"/> 7	Travailleur (euse) social (e)	<input type="checkbox"/> 7
Organisme communautaire	<input type="checkbox"/> 8	Travailleur (euse) de rue	<input type="checkbox"/> 8
Protection de la jeunesse	<input type="checkbox"/> 9	Intervenant en toxicomanie	<input type="checkbox"/> 9
Autres, précisez : _____	<input type="checkbox"/> 10	Autres, précisez : _____	<input type="checkbox"/> 10

20. Cet emploi que vous occupiez en juin 2003 était-il :

- Un emploi permanent 1
- Un emploi temporaire 2
- Un emploi à temps partiel 3
- Un emploi à temps partiel (liste de rappel) 4
- Un emploi contractuel 5

21. Dans quelle région administrative oeuvriez-vous principalement en juin 2003 ?

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----|------------------------------|--------------------------|---|
| Abitibi Témiscamingue | <input type="checkbox"/> | 1 | Mauricie – Bois – Franc | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Bas – St – Laurent | <input type="checkbox"/> | 2 | Montérégie | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Chaudières – Appalaches | <input type="checkbox"/> | 3 | Montréal | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Côte – Nord | <input type="checkbox"/> | 4 | Nord – Du – Québec | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Estrie | <input type="checkbox"/> | 5 | Outaouais | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Gaspésie – Îles de la Madeleine | <input type="checkbox"/> | 6 | Québec | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Kativuk | <input type="checkbox"/> | 7 | Saguenay – Lac- St – Jean | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Lanaudières | <input type="checkbox"/> | 8 | Terre Cries de la Baie James | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Laurentides | <input type="checkbox"/> | 9 | Hors du Québec | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Laval | <input type="checkbox"/> | 10 | | | |

22. Votre emploi actuel est-il relié au principal domaine de spécialisation pour lequel vous avez obtenu votre diplôme à l'USHERB ?

- | | | | | |
|------------------|--------------------------|---|---|-------------------------|
| Fortement | <input type="checkbox"/> | 1 | ⇒ | passez à la question 24 |
| Assez | <input type="checkbox"/> | 2 | ⇒ | passez à la question 24 |
| Peu | <input type="checkbox"/> | 3 | ⇒ | passez à la question 23 |
| Aucunement relié | <input type="checkbox"/> | 4 | ⇒ | passez à la question 23 |

23. Quelle est la principale raison pour laquelle votre emploi actuel est dans un autre domaine que celui dans lequel vous avez étudié à l'USHERB (indiquez une seule réponse) ?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Je n'ai pas trouvé d'emploi dans mon domaine d'études | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Le travail dans mon domaine d'études ne correspond plus à mes aspirations | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Les perspectives de carrière y sont limitées | <input type="checkbox"/> | 3 |
| J'ai accepté un meilleur emploi dans un autre domaine | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Ma formation est jugée insuffisante pour les exigences des employeurs | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Je ne veux plus faire carrière dans le domaine de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Sous rémunération de la part des employeurs | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Non reconnaissance du diplôme de 2 ^e cycle de la part des employeurs | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Autres, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | 9 |

24. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de l'emploi que vous occupiez en juin 2003 ?

- | | | |
|---------------------|--------------------------|---|
| Très satisfaisant | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Satisfaisant | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Insatisfaisant | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Très insatisfaisant | <input type="checkbox"/> | 4 |

25. Comment qualifiez-vous cet emploi en termes d'avenir professionnel ?

- Un emploi sans avenir, mal rémunéré. 1
- Un emploi sans avenir, mais bien rémunéré. 2
- Un emploi avec avenir, mal rémunéré. 3
- Un emploi avec avenir, mais bien rémunéré. 4
- Un emploi tremplin me donnant une expérience utile pour la suite de ma carrière. 5
- Un emploi qui favorise la mobilité verticale (i.e. promotions). 6
- Un emploi qui favorise la mobilité latérale. 7

26. Quel est le lien entre votre niveau d'études et les exigences pour obtenir votre emploi actuel ?

- Une formation universitaire de 2^e cycle en toxicomanie est Nécessaire. 1
- Une formation universitaire de 2^e cycle en toxicomanie est Préférable. 2
- Une formation universitaire de 2^e cycle en toxicomanie n'est ni nécessaire, ni préférable. 3
- Autre, précisez _____ 4

27. Quel était, en juin 2003, votre revenu brut annuel ?

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 24 999 \$ et moins | <input type="checkbox"/> 1 | 45 000 \$ à 49 999 \$ | <input type="checkbox"/> 6 |
| 25 000 \$ à 29 999 \$ | <input type="checkbox"/> 2 | 50 000 \$ à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> 7 |
| 30 000 \$ à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> 3 | 55 000 \$ à 59 999 \$ | <input type="checkbox"/> 8 |
| 35 000 \$ à 39 999 \$ | <input type="checkbox"/> 4 | 60 000 \$ à 64 999 \$ | <input type="checkbox"/> 9 |
| 40 000 \$ à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> 5 | 65 000 \$ et plus | <input type="checkbox"/> 10 |

SECTION 4 : ÉVALUATION DE LA SATISFACTION FACE AUX PROGRAMMES

28. Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord avec les énoncés suivants concernant les programmes de l'USHERB ?

Échelle : 1) Très important 3) Peu important NSP) Ne s'applique pas
2) Assez important 4) Pas du tout important

A.	De façon générale, je suis satisfait de la formation que j'ai reçue à l'USHERB.	1	2	3	4	NSP
B.	Je recommanderais le programme à toute personne intéressée à étudier dans ce champ d'études.	1	2	3	4	NSP
C.	Si c'était à refaire, je choisirais le ou les mêmes programmes.	1	2	3	4	NSP
D.	Si c'était à refaire, je choisirais une autre université pour aller chercher une formation similaire.	1	2	3	4	NSP
E.	Il y a un juste équilibre entre les cours obligatoires et les cours optionnels.	1	2	3	4	NSP
F.	Dans l'ensemble, la réalisation d'un projet de recherche a été utile à ma carrière.	1	2	3	4	NSP
G.	Dans l'ensemble, la réalisation d'une activité d'évaluation a été utile à ma carrière.	1	2	3	4	NSP
H.	Dans l'ensemble, la réalisation d'un stage a été utile à ma carrière.	1	2	3	4	NSP
I.	Dans l'ensemble, le programme m'a préparé adéquatement à la carrière qui m'intéresse.	1	2	3	4	NSP

SECTION 5 : ÉVALUATION DE LA SATISFACTION FACE AUX PROFESSEURS

29. Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord avec les énoncés suivants concernant les professeurs de l'USHERB ?

Échelle : 1) Très important 3) Peu important NSP) Ne s'applique pas
2) Assez important 4) Pas du tout important

A.	Le ratio professeurs réguliers / chargés de cours était satisfaisant.	1	2	3	4	NSP
B.	Dans les cours, les étudiants peuvent exprimer leur point de vue librement.	1	2	3	4	NSP
C.	De façon générale, la communication est bonne entre les professeurs et les étudiants.	1	2	3	4	NSP
D.	En général, les professeurs maîtrisent bien la matière à enseigner.	1	2	3	4	NSP
E.	Les professeurs font suffisamment appel à l'expérience pratique des étudiants lorsque nécessaire.	1	2	3	4	NSP
F.	Les professeurs utilisent des méthodes pédagogiques appropriées aux contenus des cours.	1	2	3	4	NSP
G.	Dans l'ensemble, les professeurs maîtrisent bien le domaine de la toxicomanie.	1	2	3	4	NSP

SECTION 6 : AUTRES ATTRAITS DE LA FORMATION DE L'USHERB

30. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés présentés ci-après en regard des objectifs qui vous ont permis d'atteindre le programme d'études que vous avez poursuivi à l'USHERB ?

Échelle : 1) Fortement en accord 3) Assez en désaccord NSP) Ne s'applique pas
2) Assez en accord 4) Fortement en désaccord

A.	Le programme m'a permis de me préparer pour de nouvelles responsabilités ou une orientation de carrière.	1	2	3	4	NSP
B.	Le programme m'a permis d'augmenter mes chances de promotion.	1	2	3	4	NSP
C.	Le programme m'a permis d'augmenter mon salaire	1	2	3	4	NSP
D.	Le programme m'a permis d'acquérir une méthode de travail rigoureuse.	1	2	3	4	NSP
E.	Le programme m'a permis de développer l'aptitude à solutionner des problèmes dans le secteur de la toxicomanie et de santé mentale en les abordant sous différentes perspectives.	1	2	3	4	NSP
F.	Le programme m'a permis de développer des aptitudes à travailler en équipe.	1	2	3	4	NSP
G.	Le programme m'a permis d'augmenter ma compréhension de l'environnement des organisations publiques et communautaires.	1	2	3	4	NSP
H.	Le programme m'a permis d'acquérir des outils d'analyse pertinents à mes fonctions.	1	2	3	4	NSP
I.	Le programme m'a permis d'augmenter mes connaissances et ma compréhension face à la nouvelle clientèle toxicomane issue du virage ambulatoire dans le contexte de désinstitutionalisation.	1	2	3	4	NSP
J.	Le programme m'a permis de préparer mon retour sur le marché du travail.	1	2	3	4	NSP
K.	Le programme m'a permis d'obtenir des crédits pour un autre diplôme.	1	2	3	4	NSP

L.	Le programme m'a permis de me constituer un réseau de contacts auprès d'autres organisations.	1	2	3	4	NSP
M.	Le programme m'a permis de rencontrer des personnes qui ont des intérêts similaires.	1	2	3	4	NSP
N.	Le programme m'a permis de réaliser un projet de recherche ou une évaluation d'un programme utile à mon organisation.	1	2	3	4	NSP
O.	Le programme m'a permis de formuler un plan de carrière à moyen et à long terme.	1	2	3	4	NSP

SECTION 7 : AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES DES DIPLÔMÉS.

31. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer les habiletés suivantes ?

Échelle :	1) Beaucoup	3) Peu	NSP) Ne s'applique pas			
	2) Assez	4) Pas du tout				
A.	Capacités d'analyse et de synthèse.	1	2	3	4	NSP
B.	Capacité de reconnaître et de réagir aux enjeux majeurs de mon organisation.	1	2	3	4	NSP
C.	Capacité de planifier et de mener à terme un projet d'évaluation.	1	2	3	4	NSP
D.	Avoir un regard critique sur les politiques publiques	1	2	3	4	NSP
E.	Capacité de planifier et de mener à terme un projet de recherche.	1	2	3	4	NSP
F.	Connaissance de mes forces et faiblesses.	1	2	3	4	NSP
G.	Capacité à contrôler les activités de mon organisation.	1	2	3	4	NSP
H.	Capacité à faire preuve de créativité.	1	2	3	4	NSP
I.	Capacité à prendre des décisions appropriés dans des délais assez brefs lors de l'évaluation du client.	1	2	3	4	NSP
J.	Capacité à bien saisir les enjeux éthiques d'une situation.	1	2	3	4	NSP
k.	Capacité d'adaptation à des situations nouvelles.	1	2	3	4	NSP
L.	Esprit d'initiative.	1	2	3	4	NSP
M.	Leadership auprès des membres de l'organisation.	1	2	3	4	NSP
O.	Objectivité dans l'analyse des faits et des événements lors d'une consultation.	1	2	3	4	NSP
P.	Sens de l'organisation et de la planification lors de la rédaction des rapports usuels.	1	2	3	4	NSP
Q.	Capacité à intervenir auprès de la clientèle au prise avec des troubles de comorbidités.	1	2	3	4	NSP

SECTION 8 : L'AMÉLIORATION DE MES CONNAISSANCES (SAVOIR) PROFESSIONNELLES FACE À LA NOUVELLE CLIENTÈLE TOXICOMANE ISSUE DU VIRAGE PRÉVENTIF DANS UN CONTEXTE DE DÉSINSTITUTIONNALISATION.

32. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos connaissances (savoir) à l'égard des nouvelles caractéristiques de la clientèle toxicomane lors d'intervention et d'entrevue ?

Échelle :	1) Beaucoup	3) Peu	NSP) Ne s'applique pas				
	2) Assez	4) Pas du tout					
A.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle judiciairisée et toxicomane.		1	2	3	4	NSP
B.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle atteinte du VIH-SIDA.		1	2	3	4	NSP
C.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant des troubles de désordre de la personnalité et de toxicomanie.		1	2	3	4	NSP
D.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle de jeunes adultes.		1	2	3	4	NSP
E.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant des antécédents psychiatriques et de toxicomanie.		1	2	3	4	NSP
F.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle suicidaire et toxicomane.		1	2	3	4	NSP
G.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle polytoxicomane.		1	2	3	4	NSP
H.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle issue de la : criminalité, prostitution, violence, délinquance, trafiquant et atteinte de pédophilie.		1	2	3	4	NSP
I.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle de joueurs pathologiques.		1	2	3	4	NSP
J.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin d'appliquer le concept de la réduction des méfaits.		1	2	3	4	NSP
K.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de reconnaître mes propres limites lors d'une intervention ou d'une évaluation de la problématique chez la clientèle toxicomane.		1	2	3	4	NSP

L.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires pour reconnaître le transfert et le contre transfert lors d'une entrevue avec la clientèle toxicomane.	1	2	3	4	NSP
M.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires pour utiliser le transfert et le contre transfert afin de venir en aide à la clientèle toxicomane.	1	2	3	4	NSP
N.	J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin d'appliquer un plan de traitement adéquat selon la problématique de la clientèle.	1	2	3	4	NSP

SECTION 9 : L'AMÉLIORATION DE MES COMPÉTENCES ET DE MES ATTITUDES (SAVOIR - ÊTRE) PROFESSIONNELLES FACE À LA NOUVELLE CLIENTÈLE TOXICOMANE ISSUE DU VIRAGE PRÉVENTIF DANS UN CONTEXTE DE DÉSINSTITUTIONNALISATION.

33. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos compétences et vos attitudes (savoir - être) face aux caractéristiques de la nouvelle clientèle toxicomane lors d'intervention et d'entrevue ?

Échelle :	1) Beaucoup		3) Peu		NSP) Ne s'applique pas
	2) Assez		4) Pas du tout		
A.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle judiciairisée.				
	1	2	3	4	NSP
B.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle atteinte du VIH-SIDA.				
	1	2	3	4	NSP
C.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant des troubles de désordre de la personnalité.				
	1	2	3	4	NSP
D.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler avec la clientèle de jeunes adultes.				
	1	2	3	4	NSP
E.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler avec la clientèle de joueurs pathologiques.				
	1	2	3	4	NSP
F.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler avec la clientèle ayant des antécédents psychiatriques.				
	1	2	3	4	NSP
G.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle suicidaire et toxicomane.				
	1	2	3	4	NSP
H.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle polytoxicomane.				
	1	2	3	4	NSP
I.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle issue de la :, criminalité, prostitution violence, délinquance, trafiquant et atteinte de pédophilie.				
	1	2	3	4	NSP
J.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin d'appliquer le concept de la réduction des méfaits.				
	1	2	3	4	NSP

K.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de reconnaître mes propres limites lors d'une intervention ou d'une évaluation de la problématique chez la clientèle toxicomane.	1	2	3	4	NSP
L.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de reconnaître le transfert et le contre transfert lors d'une entrevue avec la clientèle toxicomane.	1	2	3	4	NSP
M.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires pour utiliser le transfert et le contre transfert afin de venir en aide à la clientèle toxicomane.	1	2	3	4	NSP
N.	J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin d'appliquer un plan de traitement adéquat selon la problématique de la clientèle.	1	2	3	4	NSP

SECTION 10 : J'AI AMÉLIORÉ MES HABILITÉS (SAVOIR - FAIRE) PROFESSIONNELLES FACE À LA NOUVELLE CLIENTÈLE TOXICOMANE ISSUE DU VIRAGE PRÉVENTIF DANS UN CONTEXTE DE DÉSINSTITUTIONALISATION.

34. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos habiletés (savoir - faire) à l'égard des nouvelles caractéristiques de la clientèle toxicomane lors d'intervention et d'entrevue ?

Échelle :	1) Beaucoup	3) Peu	NSP) Ne s'applique pas				
	2) Assez	4) Pas du tout					
A.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle judiciairisée et toxicomane.		1	2	3	4	NSP
B.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle atteint du VIH-SIDA.		1	2	3	4	NSP
C.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle ayant des troubles de désordre de la personnalité et de toxicomanie.		1	2	3	4	NSP
D.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler avec la clientèle de jeunes adultes.		1	2	3	4	NSP
E.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler avec la clientèle ayant des antécédents psychiatriques et de toxicomanie.		1	2	3	4	NSP
F.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle suicidaire et toxicomane.		1	2	3	4	NSP
G.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle polytoxicomane.		1	2	3	4	NSP
H.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle issue de la : criminalité, prostitution, violence, délinquance, trafiquant et atteinte de pédophilie.		1	2	3	4	NSP
I.	J'ai amélioré mes habiletés à travailler auprès de la clientèle de joueurs pathologiques.		1	2	3	4	NSP
J.	J'ai amélioré mes habiletés à appliquer le concept de réduction des méfaits.		1	2	3	4	NSP
K.	J'ai amélioré mes habiletés à reconnaître ses propres limites lors d'une intervention ou d'une évaluation de la problématique chez la clientèle toxicomane.		1	2	3	4	NSP
L.	J'ai amélioré mes habiletés à reconnaître le transfert et le contre transfert lors d'une entrevue avec la clientèle toxicomane.		1	2	3	4	NSP

M.	J'ai amélioré mes habiletés à utiliser le transfert et le contre transfert afin de venir en aide à la clientèle toxicomane.	1	2	3	4	NSP
N.	J'ai amélioré mes habiletés à élaborer un plan de traitement adéquat selon la problématique de la clientèle.	1	2	3	4	NSP

SECTION 11 : MES CONNAISSANCES (SAVOIR) PROFESSIONNELLES LIÉS AUX TROUBLES DE COMORBIDITÉ.

36. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos connaissances (savoir) à l'égard des troubles de comorbidité rencontrés chez la clientèle toxicomane.

Échelle :	1) Beaucoup	3) Peu	NSP) Ne s'applique pas		
	2) Assez	4) Pas du tout			

1. J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé au trouble de l'humeur.

Trouble de l'humeur :

A. Dépression	1	2	3	4	NSP
---------------	---	---	---	---	-----

2. J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles anxieux.

Trouble anxieux :

B. Panique	1	2	3	4	NSP
C. Agoraphobie	1	2	3	4	NSP
D. Trouble d'anxiété généralisée	1	2	3	4	NSP
E. Phobie sociale	1	2	3	4	NSP
F. Désordre post-traumatisme	1	2	3	4	NSP
G. Trouble obsessionnel - compulsif (TOC)	1	2	3	4	NSP

3. J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles mentaux sévères et persistants.

Troubles mentaux sévères et persistants :

H. Schizophrénie	1	2	3	4	NSP
I. Troubles bipolaires (maniaco-dépressif)	1	2	3	4	NSP

4. J'ai amélioré mes connaissances nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé au trouble de désordre de la personnalité.

Désordre de la personnalité :

Groupe A :

J. Paranoïde	1	2	3	4	NSP
K. Schizoïde	1	2	3	4	NSP
L. Schizotypique	1	2	3	4	NSP

Groupe B :

M.	Anti-social	1	2	3	4	NSP
N.	Personnalité limite	1	2	3	4	NSP
O.	Histrionique	1	2	3	4	NSP
P.	Narcissique	1	2	3	4	NSP

Groupe C :

Q.	Personnalité évitante	1	2	3	4	NSP
R.	Personnalité dépendante	1	2	3	4	NSP
S.	Personnalité obsessionnelle - compulsive	1	2	3	4	NSP
T.	Troubles de l'alimentation	1	2	3	4	NSP
U.	Dépendance à une substance	1	2	3	4	NSP
V.	Abus d'une substance	1	2	3	4	NSP

**SECTION 12 : L'AMÉLIORATION DE MES COMPÉTENCES ET DE MES ATTITUDES (SAVOIR - ÊTRE)
PROFESSIONNELLES LIÉS AUX TROUBLES DE COMORBIDITÉ.**

37. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos compétences et attitudes (savoir - être) à l'égard des troubles de comorbidité rencontrés chez la clientèle toxicomane.

Échelle :	1) Beaucoup	3) Peu	NSP) Ne s'applique pas		
	2) Assez	4) Pas du tout			

1. J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé au trouble de l'humeur.

Trouble de l'humeur :

A. Dépression	1	2	3	4	NSP
----------------------	---	---	---	---	-----

2. J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles anxieux.

Trouble anxieux :

B. Panique	1	2	3	4	NSP
C. Agoraphobie	1	2	3	4	NSP
D. Trouble d'anxiété généralisée	1	2	3	4	NSP
E. Phobie sociale	1	2	3	4	NSP
F. Désordre post-traumatisme	1	2	3	4	NSP
G. Trouble obsessionnel - compulsif (TOC)	1	2	3	4	NSP

3. J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles mentaux sévères et persistants.

Troubles mentaux sévères et persistants :

H. Schizophrénie	1	2	3	4	NSP
I. Troubles bipolaires (maniaco-dépressif)	1	2	3	4	NSP

4. J'ai amélioré mes compétences et mes attitudes nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles de désordre de la personnalité.

Désordre de la personnalité :

Groupe A :

J. Paranoïde	1	2	3	4	NSP
K. Schizoïde	1	2	3	4	NSP
L. Schizotypique	1	2	3	4	NSP

Groupe B :

M.	Anti-social	1	2	3	4	NSP
N.	Personnalité limite	1	2	3	4	NSP
O.	Histrionique	1	2	3	4	NSP
P.	Narcissique	1	2	3	4	NSP

Groupe C :

Q.	Personnalité évitante	1	2	3	4	NSP
R.	Personnalité dépendante	1	2	3	4	NSP
S.	Personnalité obsessionnelle - compulsive	1	2	3	4	NSP
T.	Troubles de l'alimentation	1	2	3	4	NSP
U.	Dépendance à une substance	1	2	3	4	NSP
V.	Abus d'une substance	1	2	3	4	NSP

**SECTION 13 : L'AMÉLIORATION DE MES HABILITÉS (SAVOIR - FAIRE) PROFESSIONNELLES
LIÉES AUX TROUBLES DE COMORBIDITÉ.**

38. Indiquez dans quelle mesure le programme que vous avez suivi a permis d'améliorer vos habiletés (savoir - faire) à l'égard des troubles de comorbidité rencontrés chez la clientèle toxicomane.

Échelle :	1) Beaucoup	3) Peu	NSP) Ne s'applique pas		
	2) Assez	4) Pas du tout			

1. J'ai amélioré mes habiletés nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé au trouble de l'humeur.

Trouble de l'humeur :

A. Dépression	1	2	3	4	NSP
----------------------	---	---	---	---	-----

2. J'ai amélioré mes habiletés nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles anxieux.

Trouble anxieux :

B. Panique	1	2	3	4	NSP
C. Agoraphobie	1	2	3	4	NSP
D. Trouble d'anxiété généralisée	1	2	3	4	NSP
E. Phobie sociale	1	2	3	4	NSP
F. Désordre post-traumatisme	1	2	3	4	NSP
G. Trouble obsessionnel - compulsif (TOC)	1	2	3	4	NSP

3. J'ai amélioré mes habiletés nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles mentaux sévères et persistants.

Troubles mentaux sévères et persistants :

H. Schizophrénie	1	2	3	4	NSP
I. Troubles bipolaires (maniaco-dépressif)	1	2	3	4	NSP

4. J'ai amélioré mes habiletés nécessaires afin de travailler auprès de la clientèle ayant un problème de toxicomanie et un problème associé aux troubles de désordre de la personnalité.

Désordre de la personnalité :

Groupe A :

J. Paranoïde	1	2	3	4	NSP
K. Schizoïde	1	2	3	4	NSP
L. Schizotypique	1	2	3	4	NSP

Groupe B :

M.	Anti-social	1	2	3	4	NSP
N.	Personnalité limite	1	2	3	4	NSP
O.	Histrionique	1	2	3	4	NSP
P.	Narcissique	1	2	3	4	NSP

Groupe C :

Q.	Personnalité évitante	1	2	3	4	NSP
R.	Personnalité dépendante	1	2	3	4	NSP
S.	Personnalité obsessionnelle - compulsive	1	2	3	4	NSP
T.	Troubles de l'alimentation	1	2	3	4	NSP
U.	Dépendance à une substance	1	2	3	4	NSP
V.	Abus d'une substance	1	2	3	4	NSP

Évaluation du questionnaire

39. Aviez-vous de la difficulté à vous souvenir de certains faits concernant les questions référant au passé ?
- | | | | | |
|---|---|---|---|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | NSP |
|---|---|---|---|-----|
40. Trouvez-vous cet outil d'évaluation en parti convivial ?
- | | | | | |
|---|---|---|---|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | NSP |
|---|---|---|---|-----|
41. Croyez-vous que cet outil d'évaluation peut facilement être adaptable dans le but de servir à d'autres types d'évaluations de programmes ?
- | | | | | |
|---|---|---|---|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | NSP |
|---|---|---|---|-----|
42. Recommanderiez-vous cet outil d'évaluation auprès des universités ou organismes afin d'évaluer leurs programmes ?
- | | | | | |
|---|---|---|---|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | NSP |
|---|---|---|---|-----|

NOTES ET RÉFÉRENCES

Page de notes et références213
Références217
Sites Web.....224

NOTES ET RÉFÉRENCES

CHAPITRE I

. Foucher, R., Naji, A. et Petterson., N. Mai 2003. «Répertoire de définitions». *Notions de compétence individuelle et de compétence collective*. Université du Québec à Montréal, École des sciences de la gestion, cahiers de la chaire, collection Conférences, document de travail préliminaire, No. 0203-04, publication de la Chaire.

2. Peretti, J-M. « s. d. ». *Dictionnaire des ressources humaines*. 2^e éd., Vuibert.

3. Meddeb, Brahim. Hiver 2003. «L'organisation du III^e millénaire». *Quelles compétences pour le manager*. Revue Organisations et territoires, Vol. 12, no. 1, p. 7

4. Bordeleau, Yvan. 1998. «Carrière de consultant, concepts et applications ». *Carrière de conseiller : prérequis, formation et perfectionnement*. Chap. 3, p. 128-129. 2^e édition, Montréal (Qué)1998 : Édition nouvelles AMS.

5. Genest, B. A., Nguyen, T.H. 2002. «Principes et techniques de la gestion de projet». *La dotation et l'encadrement*. Chap. 9, p. 126. 3^e édition, Laval (Qué) : Les éditions Sigma Delta enr.

6. Marceau, R. et coll. «*Rapport du comité interne d'évaluation périodique*». Évaluation périodique de la maîtrise en administration publique, option A, du diplôme en administration publique et du diplôme en administration internationale. Juin 1995.

7. Fédération québécoise des Centres de Réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. «*Les troubles concomitants, Santé Mentale et Toxicomanie, jeu excessif*». Questionnaire sondage, 21 février 2003.

8. DSM-IV. 1996. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*. 4^e édition. Masson (Paris), American Psychiatric Association. 1056 pages.

9. Office de la langue française du Québec. 2003. www.dictionnaire.com/officequebec/

10. WEBANCK, Thierry. janvier-février 2002. *L'intervention clinique auprès des prévenus atteints de problèmes de santé mentale*. www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence

11. MUESER, K.T., DRAKE, R.E. & NORDSY, D.L. 1998. «Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders». *Journal of practical psychiatric and behavioural health*. 4: 129-139.

12. LANDRY, Michel et al. Mars 1997. « Évolution du profil de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy - Montréal entre 1991 et 1995 ». Cahier de recherche. Québec.

13. CPLT. 1995-1996. «*Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 199 - 1996*». Bibliothèque nationale du Canada et du Québec, deuxième trimestre 1999.

14. CPLT. 1996. «*La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*». Rapport au Ministre de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque nationale du Canada et du Québec. Premier trimestre 1997.

15. CPLT. 1997. Avis sur «*La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*», document du CPLT.

16. Selon le DSM-IV, sur un plan technique et en termes de diagnostic, ces troubles se rapportent à une association de troubles mentaux et de troubles liés aux substances tels que définis par exemple à l'axe 1 et l'axe 2 du DSM-IV. Concrètement, les troubles de comorbidités se rapportent aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives.

17. Le Centre de Relation d'Aide de Montréal Inc. CRAM^{mc} est une institution de formation à l'approche non-directive créatrice (ANDC^{mc})

18. Lorsqu'on parle de substance psychoactive, on fait référence à des substances qui agissent sur le cerveau, comme l'alcool, le tabac, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne. L'usage de ces produits a pour effet de modifier l'activité mentale, les sensations et les comportements. Leur usage expose l'humain à des risques néfastes à la santé, et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne, sans parler du bien connu phénomène de dépendance. Enfin, rappelons qu'elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) d'une grande diversité selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.

19. Paré, Maryse, et Lise, Roy. 1997. «Recueil de texte TXM 135 ». *Théories des toxicomanies et modèles de consommations*. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine, Toxicomanie. P. 28

20. *Idem*. numéro. 8

21. Prochaska et Diclemente. 1982. *Modèle des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance*. D'après J.O. Prochaska et al., Am Psychol. 47 :1102 - 1114.

22. CPLT. Août 1997. Avis : *sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

23. Million T. Ph.D., Dsc. 1992. *Toward a new personology*. Institute for Advanced Studies in Personology & Psychopathology International Center.

24. Gauthier, B. (sous la dir.). 1998. «Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données». *L'échantillonnage*. Chap 8, p. 195. 3^e édition. Presses de l'Université du Québec.

CHAPITRE II

25. Conseil du Trésor. Août 2001. *Guide d'élaboration des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR)*. Ministère du Québec. Québec.

26. Gouvernement du Québec. 1998. *Cadre pratique pour l'évaluation de programmes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque nationale du Québec.

27. Marceau, R., D. Otis et P. Simard. 1992. «Management Public ». *La planification d'une évaluation de programme*. PUQ., p. 454 - 478.

28. *Ibid.*, p. 453.

29. *Ibid.*, p. 454.

30. Université de Sherbrooke. 1999. «Diplôme et microprogramme de 2^e cycle en toxicomanie». Faculté de médecine. Description des cours.

31. Rapport de la Commission de vérification de l'évaluation des programmes. 25 février 1997. *L'évaluation périodique des programmes de l'Université de Sherbrooke*.

32. Contandriopoulos, André-Pierre & all. 1990. «Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer». *Choix d'une stratégie de recherche*. Chap. 2, p. 37. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal. Québec.

33. Genest, B. A., Nguyen, T.H. 2002. «Principes et techniques de la gestion de projet ». *L'intégration du changement*. Chap. 111, p. 40. 3^e éd. Laval (Qué). Les éditions Sigma Delta enr.

34. Canada, Secrétariat d'état. 1983. *La méthode du cadre logique*. Guide de planification sur la méthode du cadre logique. Chap. 3, p 33 - 72. Ottawa,

35. Poulin, Yves. Mai 2002. «Recueil de texte ». *Gestion de projets, ENP-786*. École nationale d'administration publique. Maîtrise en administration publique. , p. 38.

36. Mazouz, Bachir. Octobre 2002. Professeur à l'École nationale d'administration publique. Université du Québec, Montréal.

37. Bouchard, S. et Morin P-C. (1997). «Introduction aux théories de la personnalité». *Les théories fondées sur la notion de traits de personnalité*. Chap. 8, p. 200. 2e édition. Montréal : Gaëtan Morin, G.
38. Buring, J. E., Hennekens, C. H. et Mayrent, S. L. 1998. «Épidémiologie en médecine». *Description et analyse des données épidémiologiques*. Chap. 3.12. , p. 307-309. Éditions Frison-Roche, (Paris).
39. Paris, Joël. Automne 1994. *Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite*. Volume XIX, numéro 2, p. 117 a 130.
40. Gunderson, Morley. 2003. CIBC Chair of Youth Employment, University of Toronto Professor, Centre for Industrial Relations and Dept. of Economics, Ph.D. Co-ordinator, Centre for Industrial Relations.
4. Kroll. Kroll Associates est une firme de Toronto spécialisée dans le domaine de l'aide à la décision, dans les problèmes de sécurité et de gestion du risque depuis plus de trente ans. www.krollworldwide.com
42. Dr. Villeneuve, Evens. Directeur médical de la Clinique Le Faubourg Saint-Jean. Service de traitement spécialisé pour les patients qui ont un trouble grave de personnalité limite.
43. Contandriopoulos, André-Pierre & all. 1990. «Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer». *Choix d'une stratégie de recherche*. Chap. 2, p. 50. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal. Québec.
44. Gauthier, B. (sous la dir.). 1998. «Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données». *La théorie et le sens de la recherche*. Chap. 5, p. 151-154. 3e édition. Presses de l'Université du Québec.
45. M. Jacques Lemaire, est professeur associé au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et Biostatisticien au Centre de recherche de Hôpital Charles LeMoine.
46. SPSS. Graduate Pack 10,0 for Windows 95 / 98. 1999. «SPSS base 10.0, applications guide». SPSS inc. USA.
47. Lemaire. J. 2003. «Analyse des données en science de la santé, SCL 718 ». Université de Sherbrooke. Maîtrise et doctorat en science clinique. Faculté de médecine,

RÉFÉRENCE

- Allen, R.C., Professeur de sciences économiques, University of British Columbia. Données statistiques récentes : *L'employabilité des diplômés universitaires en sciences humaines et en éducation*, (1998), 28 p.
- Brochu, S., Schneeberger, P., *Le traitement de la toxicomanie comme alternative à l'incarcération : un sentier rocailleux*. Université de Montréal, Criminologie, (2000), vol. 33, no. 2/2000.
- Belgique. Direction de la recherche appliquée. *Enquête sur l'éducation et la formation des adultes*. Centre de publication de DRHC. Catalogue no. MP32-29/01-9-5F-1N, 59 p.
- Belgique. Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail : *premiers résultats sur le marché du travail des diplômés récents des universités canadiennes, analyse longitudinale intercohorte*. Publication 11FOO19MIF N° 164, (2002), 43 p.
- Belgique. Santé Belgique, stratégie nationale antidrogue : *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances*, (1997), 90 p.
- Belgique. Santé Belgique, stratégie nationale antidrogue. Meilleures pratiques : *troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie*. Catalogue, H39-599/2001-2F, (2002), 179 p.
- Belgique. Secrétariat du Conseil du Trésor. *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : un cadre de gestion pour le gouvernement de la Belgique*, (2000), 46 p.
- Belgique. Conseils des stratégies canadiennes de l'éducation : *rapport du programme d'indicateurs pancanadiens de l'éducation*, (1999), catalogue no. 81-582-XPf, (2000).
- Bernard, P.M., Lapointe, C. 1998. «Mesures statistiques en épidémiologie». Presses de l'Université du Québec. (Québec).
- Beauchesne, Line. 2003. «LES DROGUES». *Les coûts cachés de la prohibition*. Lanctôt éditeur. Québec.
- Bordeleau, Yvan. 1998. «Carrière de consultant, concepts et applications». *Carrière de conseiller : prérequis, formation et perfectionnement*. Chap. 3, p. 128-129. 2^e édition, Montréal (Qué.) 1998 : Édition nouvelles AMS.

- Bouchard, S., Morin, P-C. (1997). «Introduction aux théories de la personnalité». *Les théories fondées sur la notion de traits de personnalité*. Chap. 8, p. 200. 2e édition. Montréal : Gaëtan Morin.
- Buring, J. E., Hennekens, C. H. et Mayrent, S. L. 1998. «Épidémiologie en médecine». *Description et analyse des données épidémiologiques*. Chap. 3.12. , p. 307-309. Éditions Frison-Roche, (Paris).
- Canada, Secrétariat d'Etat. 1983. *La méthode du cadre logique*. Guide de planification sur la méthode du cadre logique. Chap. 3, p 33 - 72. Ottawa,
- CCAF-FCVI. Recherche sur la formation : *Informers les Canadiens sur la performance du secteur public*. www.ccaf-fcvi.com (2002), 21 p.
- Conseil du Trésor. Août 2001. *Guide d'élaboration des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR)*. Ministère du Québec. Québec.
- Contandriopoulos, André-Pierre & coll. 1990. «Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer». *Choix d'une stratégie de recherche*. Chap. 2, p. 50. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal. Québec.
- Contandriopoulos, André-Pierre & coll. 1990. «Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer». *Choix d'une stratégie de recherche*. Chap. 2, p. 37. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal. Québec.
- CPLT. Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : *Recension des écrits et état de la situation pour le Québec*. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, (1997).
- CPLT. 1995-1996. «*Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 199 -1996*». Bibliothèque nationale du Canada et du Québec, deuxième trimestre 1999.
- CPLT. 1996. «*La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action*». Rapport au Ministre de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque nationale du Canada et du Québec. Premier trimestre 1997.
- CPLT. 1997. Avis sur «*La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*», document du CPLT.
- CRAM. Le Centre de Relation d'Aide de Montréal Inc. CRAM^{mc} est une institution de formation à l'approche non-directive créatrice (ANDC^{mc})
- CREPUQ, (1999). *Quelques données et indicateurs significatifs sur le système universitaire québécois*. Publication CREPUQ : 98-03, Bibliothèque nationale de la Belgique et du Québec (1999).

CREPUQ, (2001). *Mécanisme et procédures d'évaluation des projets de programmes*. Bibliothèque nationale de la Belgique et du Québec, publication : 2001-05, 3^e trimestre.

Définition : *trouble de comorbidité*. Selon le DSM-IV, sur un plan technique et en termes de diagnostic, ces troubles se rapportent à une association de troubles mentaux et de troubles liés aux substances tels que définis par exemple à l'axe 1 et l'axe 2 du DSM-IV. Concrètement, les troubles de comorbidités se rapportent aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives.

Définition : *Substance psychoactive*. Lorsqu'on parle de substance psychoactive, on fait référence à des substances qui agissent sur le cerveau, comme l'alcool, le tabac, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne. L'usage de ces produits a pour effet de modifier l'activité mentale, les sensations et les comportements. Leur usage expose l'humain à des risques néfastes à la santé, et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne, sans parler du bien connu phénomène de dépendance. Enfin, rappelons qu'elles provoquent des effets somatiques (sur le corps) d'une grande diversité selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.

DSM-IV. 1996. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*. 4^e édition. Masson (Paris), American Psychiatric Association. 1056 pages.

Lefrançois, Richard. 1991. « Dictionnaire ». *Dictionnaire de la recherche scientifique*. Les éditions Némésis. (Québec).

FAEUQEP. Mémoire présenté à la Commission des états généraux sur l'éducation : *L'éducation permanente universitaire à l'aube du XXI^e siècle*, (1995), 77 p.

Fédération québécoise des Centres de Réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. *«Les troubles concomitants, Santé Mentale et Toxicomanie, jeu excessif»*. Questionnaire sondage, 21 février 2003.

Foucher, R., Naji, A. et Petterson., N. Mai 2003. « Répertoire de définitions ». *Notions de compétence individuelle et de compétence collective*. Université du Québec à Montréal, École des sciences de la gestion, cahiers de la chaire, collection Conférences, document de travail préliminaire, No. 0203-04, publication de la Chaire.

Gauthier, B. (sous la dir.). 1998. « Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données ». *L'échantillonnage*. Chap 8, p. 195. 3^e édition. Presses de l'Université du Québec.

Gauthier, B. (sous la dir.). 1998. « Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données ». *La théorie et le sens de la recherche*. Chap. 5, p. 151-154. 3^e édition. Presses de l'Université du Québec.

- Genest, B. A., Nguyen, T.H. 2002. «Principes et techniques de la gestion de projet». *L'intégration du changement*. Chap. 111, p. 40. 3e éd. Laval (Qué). Les éditions Sigma Delta enr.
- Genest, B. A., Nguyen, T.H. 2002. «Principes et techniques de la gestion de projet». *La dotation et l'encadrement*. Chap. 9, p. 126. 3^e édition, Laval (Qué) : Les éditions Sigma Delta enr.
- Grenon, Gilles., Viau Suzanne. 1999. «Méthodes quantitatives en sciences humaines». *Vol 1 : De l'échantillon vers la population*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Québec. 1998. *Cadre pratique pour l'évaluation de programmes*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bibliothèque nationale du Québec.
- Gunderson, Morley. 2003. CIBC Chair of Youth Employment, University of Toronto Professor, Centre for Industrial Relations and Dept. of Economics, Ph.D. Co-ordinator, Centre for Industrial Relations.
- Kroll. Kroll Associates est une firme de Toronto spécialisée dans le domaine de l'aide à la décision, dans les problèmes de sécurité et de gestion du risque depuis plus de trente ans. www.krollworldwide.com
- Landry, M., Mercier, C., Keshuk, N., Caron, A., *Guide pour le développement d'un système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie*, RISQ, (1997), 44 p.
- Landry, M., Nadeau, L., Racine, S., *La prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec*, RISQ, (1996), 55 p.
- Landry, Michel et coll. *Évolution du profil de la clientèle toxicomane en réadaptation à Domrémy - Montréal entre 1991 et 1995*, Mars 1997, cahier de recherche.
- Le descriptif des cours est le produit du programme de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke offert aux étudiantes et étudiants de niveau 2^e cycle.
- Lemaire, J. 2003. «Analyse des données en science de la santé, SCL 718 ». Université de Sherbrooke. Maîtrise et doctorat en science clinique. Faculté de médecine.
- Lemaire, Jacques. Est professeur associé au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke et Biostatisticien au Centre de recherche de Hôpital Charles LeMoine

- Marceau, R., Guay, M., Bilocq, M., Thivierge, E. «Rapport du comité interne d'évaluation périodique». *Évaluation périodique de la maîtrise en administration publique, option A, du diplôme en administration publique et du diplôme en administration internationale*. École nationale d'administration publique, 1995, 239 p.
- Marceau, R., D. Otis et P. Simard. 1992. «Management Public ». *La planification d'une évaluation de programme*. PUQ. , p. 454 - 478.
- Marceau, R., D. Otis et P. Simard. 1992. «Management Public ». *La planification d'une évaluation de programme*. PUQ. , p. 453.
- Marceau, R., D. Otis ET P. Simard. 1992. «Management Public ». *La planification d'une évaluation de programme*. PUQ. , P. 454.
- Mazouz, Bachir. Octobre 2002. «Note de cours ». *Cadre logique*. Professeur à l'École nationale d'administration publique. Université du Québec, Montréal.
- Meddeb, Brahim. Hiver 2003. «L'organisation du III^e millénaire». *Quelles compétences pour le manager*. Revue Organisations et territoires, Vol. 12, no. 1, p. 7.
- Million T. Ph.D., Dsc. 1992. *Toward a new personology*. Institute for Advanced Studies in Personology & Psychopathology International Center.
- Mueser, K. T., Drake, R. E. & Noordsy, D.L., (1998). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of pratical psychiatric and behavioural health*, 4: 129-139.
- Nadeau, L., Racine, S., *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*, RISQ, (1995), 54 p.
- OCDE, Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement : *analyse des politiques d'éducation 2001*, OCDE, (2001), 108 p.
- OCDE, Écho-santé : *Liste des variables dans Écho-santé*, OCDE, (2002), 15 p.
- OCDE, La mesure de l'emploi public dans les pays de l'OCDE : *sources, méthodes et résultats*, (1997), 94 p.
- Office de la langue française du Québec. 2003. www.dictionnaire.com/officequebec/
- Paré, Maryse, et Lise, Roy. 1997. «Recueil de texte TXM 135 ». *Théories des toxicomanies et modèles de consommations*. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine, Toxicomanie. P. 28

- Paris, Joël. Automne 1994. *Le suicide chez les patients présentant des troubles de la personnalité limite*. Volume XIX, numéro 2, p. 117 a 130.
- Peretti, J-M. «s. d.». *Dictionnaire des ressources humaines*. 2^e éd., Vuibert.
- Poulin, Yves. Mai 2002. «Recueil de texte ». *Gestion de projets, ENP-786*. École nationale d'administration publique. Maîtrise en administration publique. , p. 38.
- Prochaska et Diclemente. 1982. *Modèle des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance*. D'après J.O. Prochaska et al., Am Psychol. 47 :1102 - 1114.
- QUÉBEC. Assemblée nationale. 2002. «Projet de Loi 82:/2000». *Loi sur l'administration publique*. Chapitre 8. Éditeur officiel du Québec 61 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2002. «Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de la formation continue». *Apprendre tout au long de sa vie*. Bibliothèque nationale du Québec. 50 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2001. *Indicateurs de l'éducation 2001*. Bibliothèque nationale du Québec. 247 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2002. «Gestion des données sur l'effectif universitaire (GDEU)». *Guide de la collecte de données sur l'effectif universitaire*. Bibliothèque nationale du Québec. 21 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2002. *Indicateurs de l'éducation*. Édition 2002. Bibliothèque nationale du Québec. 248 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2000. «La formation professionnelle au secondaire». *Les employeurs s'expriment*. Bibliothèque nationale du Québec. (2001).
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2002. «La relance à l'université». *Types d'emplois occupés pendant la semaine du 14 janvier au 20 janvier 2001 par les personnes diplômées en 1999 selon la discipline d'études*. Bibliothèque nationale du Québec. 63 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2001. «La Relance à l'université». *Données sur l'intégration au marché du travail de 2001 des personnes diplômées, promotion 1999*. Bibliothèque nationale du Québec.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2001. «Les enquêtes : La Relance». *Situation des personnes titulaires du baccalauréat, pour l'ensemble du Québec, graphiques*. 3 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2001. «La Relance à l'Université 2001». *Questionnaire d'enquête*. Bibliothèque nationale du Québec,

- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2001. «La relance au secondaire et au collégial 2001». *Questionnaire d'enquête*. Bibliothèque nationale du Québec. 33 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2000. «Politique à l'égard des universités». *Pour mieux assurer notre avenir collectif*. Bibliothèque nationale du Québec. 35 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 2001. «Service aux citoyens». *Services de qualité*. 9 p.
- QUÉBEC. Ministère de l'Éducation. 1998. *Vers une politique de la formation continue*. Bibliothèque nationale du Québec. 56 p.
- QUÉBEC., Service et santé des soins sociaux. 1995. «Méthode et instrumentation». *Les indicateurs et la gestion par résultat*. Planification - Évaluation. 38 p.
- Rapport de la Commission de vérification de l'évaluation des programmes. 25 février 1997. *L'évaluation périodique des programmes de l'Université de Sherbrooke*.
- SPSS. Graduate Pack 10,0 for Windows 95 / 98. 1999. «SPSS base 10.0, applications guide». SPSS inc. USA.
- Substance psychoactive. P. 5
- UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. *Évaluation périodique des programmes*. Politique 2500-007, 2001.
- UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE. 1999. «Diplôme et microprogramme de 2e cycle en toxicomanie». Faculté de médecine. Description des cours.
- Villeneuve, Evens. Dr. Directeur médical de la Clinique Le Faubourg Saint-Jean. Service de traitement spécialisé pour les patients qui ont un trouble grave de personnalité limite.
- Webanck, Thierry. Janvier - février 2002. *L'intervention clinique auprès des prévenus atteints de problèmes de santé mentale*. www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence
- Wonnacott, T.H., Wonnacott, R.J. 1991. «Statistique». *Économie-Gestion-Sciences-Médecine*. 4^e édition. Economica. (Paris).

SITE WEB

Mémoire

SSHRC/CRSH - Social Sciences and Humanities Research Council / Conseil de recherches en sciences humaines

Répertoire des sites web de référence du Québec - Dewey

Le Réseau canadien de la santé - des informations dignes de confiance sur les moyens à prendre pour une vie saine et sur la promotion de la santé

CSN - La formation continue de la main-d'œuvre dans les milieux de travail

CSN - La formation en milieu de travail: une vision à long terme
Enquête sur les diplômés universitaires de 1996

Un rapport sur l'éducation et la formation des adultes au Canada : Apprentissage et réussite

Évaluation périodique des programmes

modele

Liste spéciale 01-01 (23 février 2001)

CTSM: Carrières

Page d'accueil du CAPP

Toxicomanie

Bienvenue sur le site de la FQCRPAT

Centre de toxicomanie et de santé mentale : Bienvenue
RISQ-CIRASST, accueil

Centre Dollard-Cormier, réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et jeu excessif.

CPLT | Bienvenue

Politique publique

Recherche sur les politiques - Recherche sur les politiques

Canadian Policy Research Networks / Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

IRPP -- Options politiques

Institut de recherche en politiques publiques (IRPP)

Organisation for Economic Cooperation and Development

Université

ENAP - École nationale d'administration publique - Université du Québec

AltaVista - Canada

Université de Sherbrooke - Accueil

Fraser Institute

Page d'accueil de la CREPUQ

Page d'accueil de la CREPUQ

Gouvernement

Ministère de l'Éducation

AÉPUC: au sujet d'AÉPUC

Santé Services Sociaux

Santé Services Sociaux

Portail du gouvernement du Québec

Page d'accueil du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

CES - SCÉ

MSSS | Statistiques

deinstitutionalization / désinstitutionnalisation

Bienvenue à Santé Canada

MSSS | Statistiques

MSSS | Statistiques

Réseau informatisé des bibliothèques gouvernementales (RIBG) - Accueil

Psy/médecine

AMC.CA: Par des médecins, pour les médecins

Institut Philippe Pinel de Montréal