

« La formation continue des intervenants en santé mentale »

Louise Nadeau

Santé mentale au Québec, vol. 11, n° 2, 1986, p. 5-12.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030336ar>

DOI: 10.7202/030336ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Éditorial : La formation continue des intervenants en santé mentale

Louise Nadeau*

Le présent éditorial a pour objet la formation en cours d'emploi des intervenants en santé mentale. Il fait suite au dossier «Politiques et modèles I» paru en juin 86 et continué dans le présent numéro. Les deux phénomènes sont intimement liés. En effet, ce sont les modèles prépondérants et les politiques en vigueur qui déterminent — ou devraient tout au moins déterminer — les paramètres de la formation des intervenants, tandis que la mise en pratique d'une idéologie de soins dépend de la capacité des intervenants à l'appliquer sur le terrain. Dans une société comme la nôtre, où les politiciens et les contribuables estiment que les coûts des services en santé mentale ont atteint un seuil critique et où plusieurs intervenants se questionnent sur le bien-fondé de ces services, la formation continue devient le moyen à partir duquel l'évolution des pratiques peut se matérialiser et se généraliser.

À titre d'aide-mémoire, rappelons que la communauté des intervenants en santé mentale est hétérogène et nombreuse. Il s'agit des partenaires institutionnels qui oeuvrent dans le réseau d'hébergement, des professionnels et de tous ceux et celles qui travaillent dans le milieu communautaire. Cette diversité amène une large gamme d'interventions à plusieurs niveaux. Elle traduit également l'existence de rapports hiérarchiques dont certains sont clairs, d'autres flous. Cet ensemble constitue, en principe du moins, une grande équipe multidisciplinaire.

Malgré l'émergence de projets et de pratiques qui visent la désinstitutionnalisation, les soins en service hospitalier continuent d'engloutir la plus grande part de l'enveloppe budgétaire et de réunir le contingent le plus significatif des effectifs humains. Pour donner une idée de l'ampleur de la situation, on compte dans les hôpitaux psychiatriques seulement 12 000 employés à temps plein, en plus des psychiatres et omnipraticiens. Quarante pour cent de ces employés «ont des fonctions administratives ou de soutien; les autres offrent des services directs aux bénéficiaires. Les intervenants en réadaptation représentent 9% des employés, alors que les psychologues et les ergothérapeutes ne comptent que pour 1%. Les personnes responsables des soins aux malades représentent 44% des employés, soit 25% pour les préposés aux bénéficiaires et 19% pour les infirmières et les auxiliaires.» (*La santé mentale*, 1985, 29). Dans l'état actuel du dossier santé mentale, on peut s'interroger à savoir si une telle répartition des ressources constitue une partie de la solution ou... du problème. Quoiqu'il en soit, on ne peut que constater qu'une grande partie de la force de travail en santé mentale consiste en des services d'intendance en milieu hospitalier.

Les articles de ce numéro décrivent le caractère varié de la formation des intervenants et abordent la question fondamentale des enjeux éthiques d'une pratique en santé mentale. Pour éviter les redondances, les considérations éditoriales s'arrêteront à deux constatations, à savoir la formation continue et sa relation à la hiérarchie dans les services de santé mentale, ainsi que la formation continue et sa relation à la transmission d'un savoir.

* L'auteure est responsable du Certificat de toxicomanie, Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal.

LA PREMIÈRE CONSTATATION: La formation continue favorise la reproduction d'un ordre hiérarchique.

Je n'étonnerai personne en affirmant que la formation continue semble se distribuer selon la même courbe que l'ordre hiérarchique dans les services. Comment les privilèges pourraient-ils se reproduire et se perpétuer, s'il en était autrement?

Les psychiatres disposent d'une formation initiale spécialisée. Une fois celle-ci terminée, ces professionnels ont à leur disposition de nombreux programmes de formation médicale continue dispensés par les universités ou leur association professionnelle. Les hôpitaux se chargent également d'assurer par des séminaires et des conférences un enseignement continu. Les professionnels non médicaux peuvent se joindre à ces activités même si, essentiellement, les psychiatres constituent le groupe cible. En général, ces enseignements renforcent les stratégies de soins hiérarchiques. On constate, de plus, une inégalité entre les institutions au niveau des activités présentées: les institutions bien pourvues ont des programmes plus variés, tandis que les moins nanties disposent de ressources moindres, accentuant ainsi une situation d'inégalité. La formation continue présente un contenu et une pédagogie bien définis, ne fut-ce qu'en raison d'une longue tradition de formation en médecine. Les données empiriques, les histoires de cas, même les ignorances sont relativement bien documentées. L'écueil de ce processus serait de faire croire qu'il s'agit toujours d'une formation véritablement scientifique, alors que l'état actuel des connaissances ne permet, dans bien des cas, que la transmission d'un art. Signalons l'article de Marchand et de Bergeron sur les groupes Balint, qui propose une solution de remplacement à cet enseignement de type magistral pour répondre aux problèmes particuliers de la relation médecin/patient. Ceci dit, les psychiatres jouissent d'une longue tradition de formation et d'un dispositif organisationnel bien rôdé.

Une situation semblable, mais à une échelle beaucoup plus réduite, est observée chez les psychologues et les travailleurs sociaux. Pour la majorité d'entre eux, leur formation initiale les a préparés à intervenir en santé mentale. Tel n'est pas le cas cependant des médecins omnipraticiens qui font de la «psychothérapie» ou des infirmières. Ils «arrivent» à la santé mentale avec une formation d'appoint, laquelle a été reçue en tant que bref complément à l'intérieur d'un programme général présentant l'ensemble des champs possibles d'intervention. La formation initiale des infirmières, par exemple, prévoit quelques cours de psychiatrie ou de santé communautaire. Il s'agit généralement d'une initiation brève ou d'une familiarisation au champ de la psychiatrie et, indirectement, à l'intervention en santé mentale. À ce propos, l'article de Rainville et de Bourdon rend compte de l'évolution du nursing psychiatrique et fait état de la formation universitaire et en cours d'emploi actuellement disponible.

Les autres intervenants non spécialisés se partagent des ressources plus réduites. Ce sont, par exemple, les préposés aux malades dans les hôpitaux et les ressources du milieu. Défavorisés lors de leur formation de base, ils continuent de l'être en cours d'emploi. Ils reçoivent par différents moyens et de façon parcellaire des formations «ad hoc» sur les divers problèmes de leur pratique. La formation continue à ce niveau, qui, idéalement, pourrait servir à combler les faiblesses initiales, ne ressemble en rien aux sessions de formation organisées pour les psychiatres. Or, ce sont ces intervenants non spécialisés, chargés des soins corporels et du gardiennage, qui assurent le contact avec les bénéficiaires. Dans l'organisation actuelle des soins, *il semble que le contact avec les bénéficiaires soit inversement proportionnel à la formation initiale reçue*. Cette position stratégique est rarement reconnue comme telle lors de l'allocation des ressources en formation. Pourtant, ces intervenants sont la cible des «nouveaux» objectifs de traitement: ne sont-ils pas les agents de la réinsertion sociale? L'article de Jean-Marie Bouchard sur la formation des intervenants chargés de la désinstitutionnalisation et de la communautarisation des services fait le point sur cette question en précisant, pour ces derniers de même que pour les familles et les bénéficiaires eux-mêmes, les exigences nouvelles de formation dans ce contexte de changement.

Mentionnons enfin, par acquis de conscience, la formation dans le secteur de la promotion de la santé mentale. Même si l'importance de la prévention est reconnue théoriquement, tout le discours sur la santé mentale a pour objet la maladie. La conception de programmes de prévention en santé mentale s'avère diffi-

cile, plus difficile que la conception d'un programme de prévention contre une maladie infectieuse par exemple. Les programmes de formation en promotion de la santé mentale en sont forcément affectés. À cela s'ajoute que la réalisation de ces programmes repose sur la participation spontanée des individus concernés. Ainsi, lorsqu'un problème fait l'objet de préoccupations et que les paramètres de l'action préventive sont choisis, il peut néanmoins s'avérer difficile de l'appliquer, parce que la population visée est difficile à rejoindre. Un exemple en serait donné par le cas des enfants dont les parents sont alcooliques: on les sait à risque, mais les méthodes pour les rejoindre ne s'imposent pas d'elles-mêmes. De plus, toute intervention se heurte à une double contrainte: celle de l'effet iatrogénique de l'intervention. Car en étiquetant quelqu'un comme étant à risque, il devient socialement stigmatisé par ce risque. Un tel contexte rend plus difficile la formation des rares intervenants en promotion de la santé.

Force nous est de constater la dissonance entre les stratégies, qui visent à s'occuper de ceux qui ont déjà des problèmes, et la promotion de la santé mentale. En prévention et en formation à la prévention de la santé mentale, il est nécessaire de regarder les choses à l'envers, de focaliser sur les forces et non sur les faiblesses, sur la santé et non sur la maladie. Cependant, comme dans toutes les interventions communautaires, celles-ci exigent une amélioration de la compétence personnelle, de l'environnement et des aptitudes à résoudre les problèmes.

Somme toute, l'intervention en santé mentale est le fait d'une diversité de professionnels, situés à différents niveaux hiérarchiques, obéissant à des paradigmes divergents et chez qui on constate des inégalités d'accès à une formation continue et permanente.

DEUXIÈME CONSTATATION: La formation continue repose sur l'hypothèse de l'accumulation du savoir

La formation continue s'appuie actuellement sur le postulat de base qui opposait Montaigne à Rabelais, soit l'opposition entre la tête bien faite et la tête bien remplie. Elle fait état de l'avancement de la discipline, des travaux et des problématiques de recherche et s'exerce dans la mise à jour des «découvertes» et des savoirs.

Une telle formation repose sur l'inférence que la quantité de connaissances emmagasinées sur un même sujet rend plus apte à agir: c'est-à-dire que si le professionnel est informé des faits, sa pratique en sera améliorée. Or, il n'est pas certain que la capacité opérationnelle des individus soit en relation linéaire avec leur savoir: une session de deux jours ou un cours de 45 heures, si stimulants soient-ils, n'ont pas nécessairement de l'impact au niveau de l'amélioration de la performance au travail et de la mise sur pied de nouveaux projets: en effet, l'obtention d'un niveau de satisfaction élevé parmi les participants à une session de formation ne garantit rien! De plus, la formation continue, axée sur l'avancement disciplinaire, inclut rarement des mesures permettant d'évaluer l'application de ces savoirs à la pratique. L'utilisation ou l'application pratique de ces connaissances relève de la responsabilité des participants. Les articles de Lang-Étienne et de Shaw et de Marazzani sur la formation de l'ergothérapeute permettent de s'interroger plus à fond sur ces questions, tout en proposant des avenues de solutions.

Dans un contexte comme celui de la santé mentale aujourd'hui, où les structures asilaires font lentement place aux services communautaires, la formation continue devrait constituer la base à partir de laquelle ces «nouveaux» intervenants peuvent réfléchir à leur pratique et acquérir des habiletés nouvelles, qui peuvent ou non se greffer sur une base disciplinaire préalable. La formation continue devient le lieu de l'appropriation d'un savoir, non encore défini comme un savoir. L'appropriation d'une méthode — soit: l'agencement systématique et rigoureux des moyens pour arriver à un but; un processus où l'action et signification se rencontrent dans un acte productif — constituerait un des moments importants dans la formation de chaque intervenant, particulièrement si ce travail doit être créé à partir des exigences du milieu. Sévigny, en ces pages, élabore sur ces liens entre le champ de la santé mentale et les conditions de la pratique tandis que l'exemple de la formation des «agents de réinsertion sociale» auxquels l'article de Bouchard fait référence en constitue un exemple probant. Un projet comme celui décrit par Bouchard se heurte cependant à l'hétérogénéité des groupes réunis pour la formation.

Il est impossible d'éviter les redondances pour certains, impossible de ne pas bousculer les autres en leur communiquant des informations pour lesquelles ils ne possèdent pas les bases nécessaires. De plus, dans un champ en développement, il n'est pas toujours facile de trouver des gens compétents pour assurer la formation. Ou bien nos experts québécois sont surchargés de travail et n'ont pas assez de temps libre; ou bien ce sont des étrangers qui parlent seulement anglais; ou, encore, les honoraires professionnels et les frais de déplacement sont trop onéreux pour les organismes qui en ont besoin. La formation continue constitue l'outil sine qua non du changement, mais les conditions de son opérationnalisation sont parfois contraignantes.

L'OFFRE EN FORMATION CONTINUE

Au Québec, la formation continue se présente sous trois volets principaux.

1. L'éducation permanente et les universités

Les maisons d'enseignement, principalement celles de l'enseignement supérieur, offrent en général peu d'avenues à qui veut donner une base solide à sa pratique ou développer sa capacité d'innovation dans les gestes professionnels du quotidien. Cependant, des expériences, citées antérieurement dans la formation des ergothérapeutes, montrent bien qu'il existe des exceptions à cette règle et que le cadre universitaire peut assurer des apprentissages essentiels à la relation thérapeutique.

Par ailleurs, les universités offrent un complément disciplinaire ou une description des pratiques consacrées. Il s'agit, par exemple, d'activités de formation médicale continue, ainsi que des programmes actualisés d'éducation permanente ou d'éducation aux adultes, dépendant de la nomenclature utilisée. Par exemple, l'intervenant en santé mentale qui est appelé à intervenir auprès des personnes âgées peut s'inscrire à un certificat de gérontologie. Cependant, cette formation représente une année d'étude à temps plein ou cinq sessions à raison de deux cours par session. De plus, ces programmes de premier cycle sont tantôt trop ardues tantôt trop élémentaires pour répondre aux besoins de tous.

Les programmes universitaires d'éducation permanente permettent aussi une formation initiale à de nouveaux champs d'intervention. Ceux-ci sont tous pluridisciplinaires, mais leur caractère académique les rend souvent tributaires de contraintes inhérentes à la formation initiale. Dans ces programmes, la santé mentale est diluée. Aucun, actuellement, ne s'intéresse comme tel à cette dimension. Ce sera par des voies connexes — santé communautaire, intervention psychosociale — que l'intéressé devra parfaire sa formation. La santé mentale y est traitée, une fois de plus, comme une composante, comme un type d'intervention parmi d'autres. De plus, les maisons d'enseignement suivent encore les priorités en vigueur dans le système de santé en général: leurs actions tendent à répondre en priorité aux besoins du personnel soignant qui travaille en milieu hospitalier.

La constatation de l'existence de cette lacune n'est pas nouvelle. Déjà en 1983, en collaboration avec *Santé mentale au Québec*, la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal avait timidement exploré la possibilité d'offrir un enseignement en santé mentale. Un «cours séminaire» avait servi comme ballon d'essai. Il portait sur «Les itinéraires du psychotique» et se voulait «une démarche interrogative sur les pratiques professionnelles en santé mentale». Cette activité était offerte et pensée en fonction «des personnes engagées dans une pratique auprès des psychotiques». Cette démarche ponctuelle ne s'est pas répétée et le besoin reste encore présent. Dans un article qui a fait le bilan de l'expérience, on y lisait qu'il faudrait maintenant inviter les participants à se regrouper en petits collectifs de travail afin de poursuivre les réflexions amorcées dans le groupe, mais à l'extérieur de l'université et sur une base volontaire et gratuite (Guertin, 1986).

Ainsi, il serait sans doute nécessaire, d'une part, de mettre à la disposition des intervenants en santé mentale une formation complémentaire en éducation à la santé. Par ce biais, l'intervenant pourrait se familiariser avec les conditions susceptibles de favoriser des changements de comportement chez les collectivités et chez l'individu. D'autre part, l'université devrait également répondre aux demandes de formation dans

les secteurs de la réadaptation, de la réinsertion sociale des psychotiques et de la thérapie de milieu. L'article de Sévigny, mentionné antérieurement, décrit les balises d'une telle formation tandis que l'expérience de Bouchard, à laquelle nous avons référé précédemment, offre une piste de travail de formation concertée entre les intervenants et l'Université.

2. L'éducation permanente et le M.S.S.S.

Le M.S.S.S. offre aussi de la formation aux intervenants en santé mentale du réseau. Il s'agit spécifiquement d'une formation en cours d'emploi. Pour s'acquitter de cette tâche, le ministère fait appel aux universitaires, à des consultants autonomes et à son propre personnel. Des consultations sont faites afin de connaître et d'analyser les besoins de formation du personnel intervenant, en essayant particulièrement de tenir compte de la multiplicité des aspirations régionales. À partir de ces études et des données disponibles, des activités de formation sont mises sur pied.

Une place importante est accordée au traitement des problématiques propres aux différentes dimensions de la santé mentale et aux politiques en vigueur. Une place de moindre importance est allouée à l'outillage pratique des intervenants. Même si des études manifestent clairement l'existence d'un tel besoin dans les services, l'application concrète des données théoriques à la pratique quotidienne tend à s'estomper, derrière le modèle universitaire en vigueur et ensuite derrière la force d'inertie que possède le traitement universaire — lire: déductif — des problèmes.

La formation continue poursuit au ministère comme à l'université des objectifs implicites de transmission des connaissances théoriques plutôt que pratiques. Un signe évident de cette réalité se trouve à l'examen des activités proposées. La présentation et la description des pratiques, la compréhension de leur problématique, de leur attachement épistémologique et de leur situation à l'intérieur des écoles de pensée occupent une plus grande part du curriculum que l'appropriation des habiletés sur le terrain, seule façon d'assurer l'intégration de la théorie à la pratique. Par ailleurs, même lorsque les partenaires s'entendent pour réaliser des objectifs visant à améliorer la pratique des intervenants, le contexte rend ce projet irréalisable. Un exemple en serait donné par le compte-rendu des sessions de formation sur les femmes et les psychotropes au cours de l'année 1985-86 (voir Nadeau et Lecavalier dans le présent numéro). Dans leurs commentaires, les participants insistaient pour recevoir une formation à la psychothérapie. Or, une telle demande était irrecevable à l'intérieur d'un projet de formation de deux jours.

Le M.S.S.S. dispose de moyens exceptionnels — celui, entre autres, de pouvoir décentraliser la formation et de la lier directement aux moyens d'intervention. Ces formations ad hoc constituent un véhicule privilégié. Complément à la formation initiale d'ordre académique et occasion d'une mise à jour des connaissances existantes, elles peuvent également constituer un espace de création, d'expérimentation et d'appropriation des nouvelles pratiques, en évitant de la sorte la reproduction pure et simple des pratiques consacrées qui perpétuent les bons comme les mauvais modèles d'intervention.

3. Le privé

Le secteur privé détient et devrait détenir une place importante dans la formation continue des intervenants. Celui-ci s'est manifesté de façon plus évidente au cours des dernières années à travers le courant de psychologie dit humaniste, alors que de nombreux intervenants de toutes les formations se sont dotés d'une formation en croissance personnelle. Certaines de ces entreprises privées connaissent une vie très courte et plus ou moins lucrative, tandis que les enjeux éthiques de l'intervention ne constituent pas toujours une de leurs préoccupations. À ce propos, Levert et Panaccio présentent le cas de clientes ayant développé des relations sexuelles avec leur thérapeute. Le plus souvent, c'est pour eux-même d'abord, et ensuite pour améliorer leur pratique, que les intervenants se payent ou se font payer une formation de croissance personnelle. En effet, ces approches et techniques s'adaptent mal aux besoins réels de la clientèle qui doit être servi au travail. Des exemples en seraient donnés par certaines techniques humanistes, qui sont inappropriées avec des sujets atteints de schizophrénie ou qui présentent des troubles liés à l'alcool.

Les ressources du privé permettent en effet à plusieurs professionnels de la santé — psychologues, tra-

vailleurs sociaux, omnipraticiens — de combler les lacunes laissées par leur formation académique, jugée souvent inadéquate ou insuffisante. C'est particulièrement vrai pour ceux qui pratiquent la psychothérapie. Ces cliniciens veulent tout d'abord de la supervision. Ensuite, plusieurs souhaitent approfondir sous la direction d'experts et en compagnie de leurs pairs certains aspects de leur pratique, tels les enjeux de l'intervention, au sens où Sévigny les définit en ces pages. La formation des Groupes Balint (Marchand et Bergeron dans le présent numéro) présente également une autre réponse aux besoins de supervision et de réflexion des intervenants engagés dans une relation psychothérapeutique.

Dans le contexte actuel des services en santé mentale, des chercheurs et des professeurs privés ont à contribuer à la formation continue des intervenants. Comme le soulevait fort justement Apollon en juin dernier dans cette revue:

«Il devient de plus en plus anachronique et caricatural de songer à uniformiser les pratiques d'intervention... il y a une nécessaire diversité des services que l'on doit attendre d'une plus grande participation des organismes issus de la libre association, et de la dynamique nouvelle de la société civile, qui tend davantage à la prise en charge par des réseaux et des groupes d'intérêts qu'à la suppléance étatique et/ou institutionnelle» (p. 93).

On croit que c'est de la structure plus souple du secteur privé que pourraient se développer des stratégies de service plus adaptées aux besoins réels des bénéficiaires et de leurs proches.

4. Bilan: beaucoup d'idées peu intégrées à l'intervention quotidienne continue

Nous avons l'impression que l'idéalisme et ses postulats épistémologiques sont encore très présents dans l'actualisation effective des pratiques de formation continue. Implicitement, on accepte que les idées à elles seules sont capables de modifier les comportements.

Pour plusieurs catégories d'intervenants, l'apprentissage du métier et de ses techniques est vu et conçu comme le résultat du contact direct de l'intervenant avec ses pairs. Une reproduction presque automatique des pratiques s'ensuit. Le mécanisme est efficace pour réduire les élans innovateurs qui pourraient se manifester. De plus, la valeur réelle de ces pratiques de formation n'est jamais évaluée.

On ne peut nier cependant l'importance et la valeur de la formation sur le tas. Elle reprend en grande partie les principes du compagnonnage. Chaque intervenant se trouve inséré dans une dynamique de formation continue où, à certains moments, il devient un «apprenti», à d'autres moments, en tant qu'initié, il sera le «maître». Il s'agit d'une pratique traditionnelle de formation qu'on trouve partout: dans la formation clinique des médecins jusqu'à l'atelier de ferblanterie. Méthode très efficace où le geste tend à prendre la place du discours et qui assure la préservation du métier, de ses fondements méthodologiques, épistémologiques et de ses techniques. Par ailleurs, réduire la formation à cette seule expérience de terrain est se priver de l'expertise des praticiens et des chercheurs, ainsi que d'une possibilité de réfléchir et de recevoir du feed-back sur sa pratique.

LES AVENUES DE SOLUTION

Ces constatations permettent de formuler certaines questions. La formation continue en santé mentale doit-elle rester cantonnée dans la recherche d'un développement disciplinaire accru, principalement psychiatrique, et laisser le développement des pratiques au «libre échange» entre partenaires de forces inégales? Doit-elle laisser l'innovation entre les mains principalement du secteur privé? Y a-t-il une solution de remplacement à la centralisation psychiatrique de la formation continue en santé mentale? Ces questions sont toutes présentes dans une ère qui favorise la privatisation et les ressources alternatives. Sans vouloir nier l'importance d'une réduction nécessaire des coûts de santé ou revenir sur l'importance des ressources communautaires, on peut considérer le champ de l'alcoolisme qui, avec l'influence des Alcooliques Anonymes, fournit une mise à l'épreuve pour quelques unes de nos interrogations. Cette expérience qui dure depuis 1935 — plus d'un demi-siècle — dans le traitement de l'alcoolisme donne une perspective aux attentes de

ceux qui souhaitent voir une collaboration plus étroite entre le privé et le public, entre les intervenants et les bénévoles, entre les professionnels et les ex-bénéficiaires.

À l'instar des autres difficultés comportementales, les troubles liés à l'alcool présentent à la fois une composante physiologique, psychologique et environnementale: la toxicomanie est la rencontre du produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel. Or depuis plus de 50 ans maintenant, c'est un groupe d'entraide, les Alcooliques anonymes (A.A.), qui constituent l'une des forces thérapeutiques les plus significatives de ce secteur d'intervention. Paradoxalement, le mouvement A.A. constitue aussi la force anti-psychiatrique la mieux organisée d'Occident, bien que la pierre angulaire des A.A. soit le modèle de maladie et que l'une des Douze Traditions suggère aux membres d'aller chercher de l'aide auprès de professionnels de la santé, lorsque cela s'avère nécessaire. Cette approche a souvent de remarquables effets bénéfiques tant chez ceux qui présentent des problèmes liés à l'alcool que chez les non-alcooliques qui rencontrent ce mode de vie. Plus encore, l'idéologie de ce mouvement en matière d'alcoolisme s'est imposée auprès du public et des professionnels de la santé, particulièrement des médecins. Somme toute, les bénévoles sont devenus des partenaires égaux bien que différents.

Il existe une «formation continue» dans les A.A. Celle-ci est assurée par des meetings, qui tirent leur rituel des religions fondamentalistes protestantes du 19^e siècle et qui sont à la fois didactiques et thérapeutiques; par une littérature dont le degré de spécialité varie selon les propos; par des congrès où les sessions vont du meeting classique aux ateliers de travail et de recherche sur des thèmes de la «philosophie» A.A. Pour leur part, Alateen et Alanoon assurent le soutien aux proches par une intervention auprès des groupes à risque que sont les conjoints et les enfants. La formation continue de ces personnes est assurée par les mêmes moyens que celle donnée aux membres. Par ailleurs, le mouvement A.A. juge inopportun de faire de la promotion de la sobriété en raison de ses positions sur l'étiologie de l'alcoolisme: cette «maladie» serait une sorte d'«allergie» à l'alcool et le phénomène serait imperméable à des stratégies préventives. Notons enfin que tous les membres n'adhèrent pas nécessairement à tous les aspects de l'idéologie. Le mouvement A.A. est donc par excellence le modèle de la prise en charge par le bénéficiaire lui-même et ses proches de ses problèmes de santé mentale. Plus encore, on pourrait croire qu'il s'agit du projet par excellence pour assurer un échange d'expérience entre les professionnels de la santé et des bénévoles aux niveaux de l'intervention et de la formation continue.

La réalité se présente autrement. Dans les faits, il existe autant, sinon plus, de rivalité que de collaboration entre les professionnels de la santé et les bénévoles du mouvement A.A., rivalité dont les origines sont autant idéologiques que corporatistes. En dépit d'énoncés qui proposent la collaboration, chacun voudrait régner en maître sur le même royaume. Plusieurs professionnels estiment qu'il ne suffit pas d'avoir vécu un problème et d'être porteur d'une idéologie de soins pour venir en aide à tous les alcooliques. Bref, ils estiment que les membres A.A. n'ont pas la formation initiale de base pour intervenir et que l'idéologie, fermée sur elle-même, ne répond pas aux besoins de certains alcooliques. Pour leur part, les A.A. estiment n'avoir plus à faire la preuve de l'excellence de leur programme. Leur savoir et leur pratique équivalraient largement à ceux ces professionnels et leur système de transmission de ce savoir leur apparaît des plus adéquats. Pour les deux groupes, l'action de l'autre apparaît insuffisante même si, dans le meilleur des cas, elle peut être jugée nécessaire. Il s'ensuit des débats sans issue dont certains ont fait la une des journaux ici et des États-Unis. Force nous est de constater que le traitement des troubles mentaux est une industrie qui répond aux mêmes lois du marché que les autres entreprises. Et la formation continue est profondément ancrée, nous l'avons dit plus tôt, dans ces structures de pouvoir.

L'exemple des A.A. permet de constater que le savoir et la transmission de ce savoir ne constituent pas une prérogative exclusive des professionnels. Les 60 centres de traitement privés pour alcooliques du Québec témoignent de la capacité du secteur privé à créer des institutions de soins et à former le personnel qui les compose. Cette «déprofessionnalisation» ne va pas toutefois sans tension, surtout lorsque l'équilibre du pouvoir est rompu en faveur des bénéficiaires. Il y a une naïveté dans l'énoncé de principes de collaboration que la sanction des faits risque souvent de rompre.

Ceci dit, en dépit des tensions réelles qu'exerce un partenaire de force égale, sinon supérieure, dans un

champ d'action, l'extraordinaire contribution des A.A. au champ de l'alcoolisme milite en faveur d'une approche multidisciplinaire en santé mentale, et d'une collaboration avec les ex-bénéficiaires devenus bénévoles. Chacun possède un savoir dont l'autre aurait intérêt à tirer profit. Cependant, pour qu'il y ait transmission et réception de ce savoir, il est nécessaire qu'existe un climat de réelle collaboration, pas toujours facile à maintenir. C'est là un aspect de la formation en cours d'emploi qui n'est certes pas négligeable.

RÉFÉRENCES

APOLLON, W., 1986, Pour une politique en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, n° 1, 75-105.

GUERTIN, M., Une expérience de formation de l'Université du Québec in Hochmann, J., ed., *Psychiatries: De révolution... en évolution*, Césura Lyon, Lyon, 170-8.

La santé mentale. À nous de décider, 1985, ministère de la Santé et des Services sociaux.

REMERCIEMENTS

De nombreux énoncés de ce texte sont dus à M. Julio Fernandez, de la Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal. Des versions préliminaires de ce texte ont reçu les commentaires pertinents de MM. Yves Lecomte et Yvon Lefebvre. Je tiens à les en remercier.