

# Le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT)

Dan Kunic<sup>1</sup>

Centre de recherche en toxicomanie, Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada

L'approche normalisée du Service correctionnel du Canada en matière d'évaluation des besoins criminogènes respecte les principes de l'approche correctionnelle judicieuse<sup>2</sup>. Selon ces principes, les délinquants qui présentent de plus grands besoins doivent être aiguillés vers des services plus intensifs et élaborés pour réduire la probabilité de récidive. De leur côté, les délinquants à faibles besoins ne nécessitent qu'un traitement minimal ou même n'en nécessitent aucun.

Nous décrivons dans le présent article le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) et les principales constatations de recherche qui appuient son utilité comme outil pour déterminer le niveau de besoins criminogènes au sein d'une population carcérale.

## Évaluation normalisée

Dans le domaine des toxicomanies, on s'entend généralement pour reconnaître qu'une méthode d'évaluation normalisée accroît l'efficacité du système, en plus d'assurer l'uniformité et l'usage d'une langue commune parmi les décideurs et les intervenants dans le continuum de prestation de services et d'encourager un comportement favorable au traitement en incitant le client à vouloir changer<sup>3</sup>.

Les progrès en informatique ont créé des occasions d'innover dans le domaine de l'évaluation. Les recherches dans ce domaine ont révélé que des modèles d'évaluation informatisés efficaces pouvaient accroître la franchise dans les déclarations des intéressés et améliorer l'exactitude des résultats<sup>4</sup>. Sur le plan de la politique, une base de données électronique des résultats d'une évaluation normalisée constitue un excellent moyen d'éclairer la politique axée sur des pratiques exemplaires parce que cette information peut facilement être transformée en un savoir au sujet des caractéristiques de la population.

## Le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT)

En 1999, le Service correctionnel du Canada (SCC) a commencé à élaborer le QIT assorti

d'enregistrements audio en vue de déterminer les niveaux de gravité de la toxicomanie et de faire correspondre les besoins des délinquants aux niveaux appropriés de traitement requis. Le QIT complète l'évaluation initiale des délinquants (EID). Les agents de libération conditionnelle en établissement utilisent les résultats, qui sont intégrés à l'EID, pour renvoyer les sujets vers les programmes de traitement de la toxicomanie de faible intensité ou d'intensité modérée ou élevée qui sont offerts dans les divers établissements.

Le QIT autoadministré compte 288 énoncés servant à explorer la nature et la gravité des problèmes de toxicomanie d'un délinquant (voir le Tableau 1). La gravité de l'alcoolisme est déterminée au moyen du Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS) qui comporte 25 énoncés, du Questionnaire sur les problèmes reliés à l'alcool (PRA) à 15 énoncés et du test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST) qui compte 25 énoncés. Le MAST et l'ADS ont été largement utilisés auprès de populations spéciales, y compris auprès de délinquants, pour déterminer la gravité de l'alcoolisme.

Pour évaluer la gravité de la toxicomanie, le QIT utilise le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST), qui comporte 20 énoncés, et l'Échelle de gravité de la dépendance (STS), qui en compte 5. Le premier évalue l'ampleur des problèmes psychosociaux et établit un parallèle avec les énoncés du MAST, tandis que le second permet d'évaluer le degré de psychodépendance. Le DAST utilise le même système de classification que l'ADS, les niveaux de gravité allant de « aucun » à « grave ».

Les échelles renvoient toutes à la période de 12 mois précédant l'arrestation pour déterminer la gravité de la toxicomanie, mais seuls les résultats de l'ADS, du DAST et du PRA sont pris en compte dans les critères de renvoi. On a inclus le MAST dans le QIT afin d'établir son utilité clinique, dans le contexte du SCC, et dans le but, en définitive, de remplacer le PRA dans la matrice de renvoi aux programmes. Le SDS a été introduit dans le QIT pour donner une mesure de la

Tableau 1

Contenu du QIT	
Domaines de contenu	Nombre d'énoncés
Profils de consommation d'alcool	36
Conséquences de la consommation d'alcool - MAST <sup>5</sup>	25
Gravité de la dépendance à l'alcool - ADS <sup>6</sup>	25
Problèmes reliés à la consommation d'alcool - PRA <sup>a</sup>	15
Lien entre l'alcool et les infractions antérieures et à l'origine de la peine actuelle	20
Profil de consommation de drogues	39
Gravité des problèmes liés à la consommation de drogues – DAST <sup>7</sup>	20
Degré de dépendance psychologique à l'égard des drogues – SDS <sup>8</sup>	5
Lien entre la consommation de drogues et les infractions antérieures et à l'origine de la peine actuelle	19
Usage de drogues injectables	6
Profil de polytoxicomanie	8
Tendances relatives à la consommation de drogues pendant l'incarcération	9
Antécédents familiaux de toxicomanie	9
Progrès accompli dans des programmes antérieurs	20
Motivation face au traitement	20
Satisfaction du répondant à l'égard du QIT	12

<sup>a</sup>Le SCC a élaboré le PRA dans les années 1990 à partir du MAST.

dépendance psychologique à l'égard des drogues et établir son utilité diagnostique dans le contexte du SCC. Les deux pourraient être intégrés dans l'avenir à la matrice de renvoi.

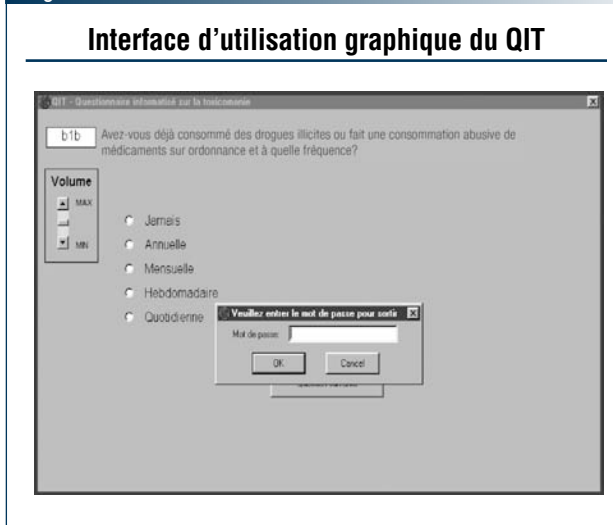
Les niveaux de gravité « problème important » et « problème grave » entraînent l'affectation à un problème de traitement de la toxicomanie d'intensité élevée. Les niveaux de gravité « problème faible » et « problème modéré » résultent en un renvoi vers des programmes d'intensité correspondante. Les auteurs de rapports sur les pratiques exemplaires considèrent tous les instruments comme valables et fiables.

## Fonctionnalité

Dans le QIT, le déroulement des questions commandé par ordinateur et la vérification automatisée des données augmentent l'intégrité des données et la qualité des réponses fournies par le sujet. Lorsque l'ordinateur détecte des contradictions importantes dans les renseignements fournis par le sujet, il adapte la présentation des questions subséquentes de sorte que le répondant se voit offrir d'autres possibilités de rectifier ces contradictions. Par exemple, si le répondant nie avoir consommé des substances au cours de la période de 12 mois précédant l'arrestation pour les infractions à l'origine de la peine actuelle, mais qu'il déclare plus tard en avoir consommé au moment des infractions à l'origine de la peine actuelle, soit durant la même période de 12 mois précédant l'arrestation, l'ordinateur affiche un message indiquant cette contradiction et rétablit la logique pour reprendre la séquence des questions pertinentes.

Le logiciel présente chaque énoncé du QIT selon une séquence, en français ou en anglais. Chaque question est présentée séparément en haut de l'écran, et le délinquant se sert de la souris pour amener le curseur sur la réponse appropriée, parmi les choix qui figurent directement sous la question, et cliquer sur celle-ci. Le logiciel utilise une logique conditionnelle cachée pour ne présenter que les questions pertinentes. Il comprend des boutons d'option, des cases et des zones de texte bien disposés, semblables à ceux qu'on trouve dans les navigateurs Web, pour créer une interface graphique (voir la Figure 1). Des fonctions de sécurité, comme la protection par

Figure 1



mot de passe, empêchent les répondants de quitter le programme, de changer d'application et de réduire la taille des écrans.

Le QIT comprend également une fonction audio facultative pour aider les répondants ayant de la difficulté à lire. Des enregistrements audio numériques de voix humaine sont liés à chaque instruction, question ou choix de réponse. D'un seul clic, le répondant peut écouter chaque élément de texte, en français ou en anglais, dans des écouteurs.

À la fin de l'évaluation informatisée, le QIT produit un rapport automatisé, en français ou en anglais. La première page du rapport présente les données démographiques, les résultats sommaires pour les mesures normalisées, les niveaux de gravité de la toxicomanie et les programmes de traitement de la toxicomanie recommandés. Aux pages suivantes, on trouve un sommaire à puces des antécédents de toxicomanie du répondant, des programmes suivis antérieurement et des indices de sa motivation face au traitement.

## Résultats du projet de démonstration

### Méthode

Le QIT a été administré à 907 délinquants de sexe masculin qui ont participé au processus de l'EID aux unités d'évaluation initiale des établissements de Millhaven et de Springhill entre mai 2002 et janvier 2004. Cet échantillon correspond à environ 36 % des admissions réelles à ces établissements durant cette période (N = 2 530). L'affectation au QIT dépendait de la disponibilité de postes de travail QIT. Les autres délinquants (64 %) ont été évalués au moyen du Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) étant donné que le taux d'admission dans les deux établissements dépassait la capacité du projet de démonstration.

Le projet de démonstration avait pour objectif général de démontrer la capacité de cette méthode d'évaluation de distinguer correctement les cas aux fins de renvoi vers les programmes. À cette fin, nous avons examiné la relation entre la gravité du problème de toxicomanie et les besoins criminogènes.

### Principales constatations

Premièrement, les répondants dont l'évaluation a révélé qu'ils avaient besoin d'un programme de traitement de la toxicomanie plus intensif d'après les critères de renvoi du QIT connaissaient plus d'instabilité dans leur vie personnelle. C'est ce que traduit l'étroite relation constatée entre le

niveau d'intensité du programme de traitement de toxicomanie recommandé par le QIT et la cote globale pour les facteurs dynamiques (besoins) de l'évaluation initiale des délinquants (EID)<sup>9</sup>. En général, l'accroissement du niveau d'intensité du traitement recommandé correspondait à l'accroissement de la cote de besoin d'après l'EID (voir la Figure 2). Clairement, les délinquants ayant des problèmes relativement plus graves de toxicomanie connaissaient plus d'instabilité dans diverses dimensions de leur vie.

Deuxièmement, la convergence entre les résultats obtenus sur le QIT et ceux basés sur l'EID et l'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (ISR-R1)<sup>10</sup> a confirmé le lien important entre le comportement criminel et la toxicomanie. En général, les délinquants qui avaient besoin d'un programme de traitement plus intensif d'après le QIT pour s'occuper de leurs problèmes de toxicomanie avaient aussi des antécédents criminels plus nombreux, comme le révélait leur cote plus élevée pour les facteurs statiques (risque) de l'EID (voir la Figure 3). Ces délinquants étaient aussi jugés plus susceptibles de récidiver au cours des trois premières années après leur mise en liberté d'après les résultats de l'Échelle d'ISR-R1.

Troisièmement, en ce qui concerne les infractions à l'origine de la peine actuelle, nous avons constaté une relation étroite entre des niveaux plus élevés sur l'ADS et le DAST et des antécédents de consommation d'alcool ou de

Figure 2

### Répartition de la cote globale pour les facteurs dynamiques en fonction de l'intensité recommandée du programme de traitement de la toxicomanie

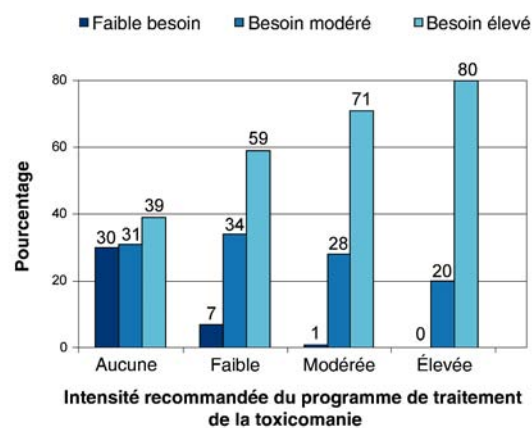
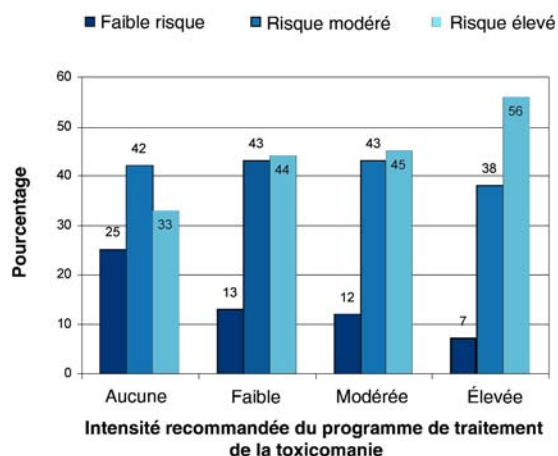


Figure 3

**Répartition des cotes globales pour les facteurs statiques en fonction du niveau d'intensité recommandée du programme de traitement de la toxicomanie**



drogues et de facultés affaiblies par ces substances. Les délinquants qui présentaient des niveaux plus élevés de gravité sur l'ADS et le DAST étaient aussi plus portés que ceux ayant un niveau de gravité moindre à dire qu'ils avaient consommé ces substances ou avaient été en état de facultés affaiblies avant de commettre les infractions à l'origine de leur peine actuelle. En outre, les premiers étaient aussi plus portés à attribuer la perpétration des infractions à l'origine de leur peine actuelle à leur consommation de drogues ou d'alcool.

La Figure 4 révèle ce lien important entre la consommation d'alcool et le comportement criminel pour les délinquants qui ont indiqué la consommation d'alcool comme un facteur ayant contribué à leurs infractions.

La violence exacerbée liée à l'infraction était associée étroitement à la consommation d'alcool, mais non à la consommation de drogue. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les infractions avec violence soient plus étroitement liées aux facultés affaiblies par l'alcool qu'aux facultés affaiblies par la drogue, tandis que c'est le contraire pour les infractions contre les biens.

Quatrièmement, les délinquants inclus dans cet échantillon ont dit avoir consommé le plus souvent des cannabinoïdes, suivies du crack, de la cocaïne et des opiacés. La catégorie des « autres » drogues correspondait à moins de 10 % de l'échantillon.

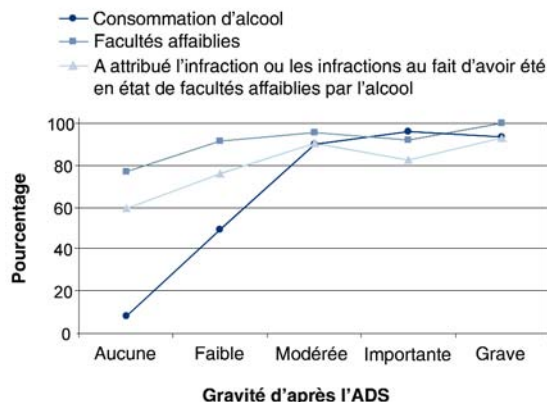
Une comparaison entre la répartition des consommateurs de cocaïne, de crack et d'opiacés et celle des consommateurs de cannabinoïdes et d'autres drogues a révélé que les premiers tendaient à obtenir sur le DAST des résultats révélant des problèmes de toxicomanie modérés ou graves et, sur le SDS, des résultats traduisant une dépendance psychologique. Cela n'a rien d'étonnant étant donné le taux élevé d'accoutumance depuis longtemps reconnu des opiacés, de la cocaïne et du crack en raison des mécanismes biochimiques d'action de ces substances et de leurs effets comportementaux sur le consommateur<sup>11</sup>. En milieu correctionnel, ceux qui consomment ces substances doivent suivre un programme intensif visant à atténuer les risques pour leur santé liés aux drogues et à combattre les problèmes comportementaux et psychosociaux liés à la dépendance à l'égard des drogues.

**Conclusions**

Les délinquants qui, d'après le QIT, avaient des problèmes graves de toxicomanie étaient aussi plus susceptibles d'avoir des cotes élevées de besoins et de risque sur l'EID et l'Échelle d'ISR-RE. Cela rejoint les écrits sur la toxicomanie et ses liens avec des problèmes dans d'autres dimensions de la vie et le comportement criminel. En outre, les délinquants qui ont des problèmes graves de toxicomanie d'après le QIT sont aussi plus susceptibles d'avoir consommé des substances ou d'avoir été dans un état de facultés

Figure 4

**Pourcentage des délinquants indiquant l'alcool comme un facteur contribuant à l'infraction ou aux infractions à l'origine de leur peine actuelle en fonction du niveau de gravité d'après l'ADS**



affaiblies par ces substances lorsqu'ils ont commis l'infraction ou les infractions à l'origine de leur peine actuelle. Cela aussi rejoint les écrits sur la toxicomanie et le comportement criminel. Enfin, les consommateurs de cocaïne, de crack et d'opiacés tendaient à obtenir des scores plus élevés sur le QIT pour leur accoutumance aux drogues que les consommateurs de cannabinoïdes et d'autres drogues. Cela correspond aux écrits selon lesquels la cocaïne, le crack et les opiacés ont un taux plus élevé d'accoutumance.

Bref, les caractéristiques des délinquants déterminées au moyen du QIT aux divers niveaux de gravité de toxicomanie rejoignent les constatations de recherches effectuées dans ce domaine. Cela signifierait que le QIT permet, de manière efficiente et exacte, de distinguer les délinquants en fonction de la gravité de leur toxicomanie et par conséquent de les diriger vers

le programme de traitement de la toxicomanie au niveau approprié d'intensité.

Les délinquants qui avaient les problèmes de toxicomanie les plus graves d'après le QIT étaient aussi cotés aux niveaux supérieurs de besoins et de risque criminel. D'après les principes de l'approche correctionnelle judicieuse, ces délinquants ont besoin de services plus vastes et intensifs pour atténuer leur risque de récidive.

Nonobstant ces résultats, il faudra poursuivre les recherches afin d'affiner le QIT. Il faudra mettre à l'essai un nouvel algorithme, intégrant les résultats du SDS et du MAST, pour déterminer si l'ajout de ceux-ci contribue à l'exactitude globale du QIT. La mise en œuvre nationale du QIT, d'ici la fin de l'année, permettra de mener une recherche à plus grande échelle pour reproduire ces résultats et faire le lien entre les résultats sur le QIT et d'autres indicateurs afin d'examiner les déterminants de la réussite postlibératoire. ■

<sup>1</sup> 23, rue Brook, Montague (Île-du-Prince-Édouard) C0A 1R0.

<sup>2</sup> Andrews, D. A. et Bonta, J. *The psychology of criminal conduct* (2<sup>e</sup> édition), Cincinnati, Ohio, Anderson Publishing, 1998.

<sup>3</sup> Cross, S. et Sibley-Bowers, L. *The standardized tools and criteria manual: Helping clients navigate addiction treatment in Ontario*, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2001. Voir aussi McMurrin, M. « Offenders with drink and drug problems », dans *Handbook of offender assessment and treatment*, sous la direction de C. R. Holin (p. 481-493), West Sussex, Angleterre, John Wiley & Sons, Ltd., 2001. Voir également Miller, W. R. et Rollnick, S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*, New York, New York, Guilford Press, 1991.

<sup>4</sup> Del Boca, F. K. et Noll, J. A. « Truth or consequences: The validity of self-report data in health services research on addictions », *Addiction*, vol. 95, n° 11, supp. 3, 2000, p. 347-361. Voir aussi Feigelson, M. E. et Dwight, S. A. « Can asking questions by computer improve the candidness of responding?: A meta-analytic perspective », *Consulting Psychology Journal*, vol. 52, n° 4, 2000, p. 248-255. Voir aussi Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. H. et Sonenstein, F. L. « Adolescent sexual behaviour, drug use and violence: Increased reporting with computer survey technology », *Science*, vol. 280, 1998, p. 867-873.

<sup>5</sup> Selzer, M. L. « The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument », *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, 1971, p. 1653-1658.

<sup>6</sup> Skinner, H. A. et Horn, J. L. *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's Guide*, Toronto (Ontario), Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1984.

<sup>7</sup> Skinner, H. A. « The Drug Abuse Screening Test », *Addictive Behaviours*, vol. 7, 1982, p. 363-371.

<sup>8</sup> Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et Strang, J. « The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users », *Addiction*, vol. 90, numéro 5, 1995, p. 607-614.

<sup>9</sup> Service correctionnel du Canada. *Instructions permanentes 700-04*, Ottawa (Ontario), 2003.

<sup>10</sup> Nuffield (1982) cité dans Nafekh, M. & Motiuk, L. L. *L'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1) : Un examen psychométrique*, Rapport de recherche R-126, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, 2002.

<sup>11</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*, Genève, Suisse, auteur, 2004.

**Vous trouverez dans le prochain numéro de  
Forum - Recherche sur l'actualité  
correctionnelle : contributions universitaires.**