

—————**Rapport de recherche**—————  
**Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) :**  
**résultats du projet pilote**

This report is also available in English. Ce rapport est également disponible en anglais. Veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9. Should additional copies be required they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave., West, Ottawa, Ontario, K1A 0P9.

**Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) :**  
**résultats du projet pilote**

Dan Kunic  
Brian A. Grant

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

Décembre 2006

## Remerciements

Nous tenons à remercier Justin Gileno, agent des renseignements statistiques, qui a conçu le prototype du Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT), élaboré la version opérationnelle et parachevé des fonctions du logiciel d'après les commentaires utiles provenant des centres où le projet a été mis à l'essai et d'autres chercheurs du Centre de recherche en toxicomanie. Dave Lenihan, agent de projet, a grandement contribué à l'élaboration et au perfectionnement des fonctions de réseautage du logiciel. Sans le soutien du personnel des opérations chargé des programmes, le projet pilote n'aurait jamais pu voir le jour. Les critiques constructives de Michael Wilson, Ron Leblanc et Rose Reid, de l'Établissement de Springhill, ainsi que de Janice Empey et Carol Hughes, de l'Unité d'évaluation de Millhaven, nous ont permis de réviser sensiblement le système d'évaluation et d'améliorer le logiciel. Nous aimerions également remercier le personnel des programmes de la région du Québec.

Roland Deshaies, Carole Taillon et Brigitte Dionne nous ont aimablement aidés à réviser et parachever la traduction française du QIT. Enfin, nous tenons à souligner le travail entrepris initialement par John Eno (région du Pacifique), Carmen Long (région des Prairies), Sylvie Blanchet (région de l'Atlantique) et Chantal Langevin (administration centrale). Cette équipe a grandement contribué à l'élaboration du système d'évaluation au cours des premiers stades du projet.

## Résumé

Entre autres défis importants à relever, le Service correctionnel du Canada (SCC) doit s'assurer que les délinquants toxicomanes reçoivent le meilleur traitement possible. Le SCC offre des services incluant une évaluation normalisée, qui lui permet de le faire de façon efficiente et uniforme et de veiller à ce que les fournisseurs de services et les clients utilisent un langage commun. En outre, les renseignements provenant d'une évaluation bien menée sont essentiels à l'élaboration de politiques et à l'amélioration des programmes. Cette approche est conforme aux recommandations formulées dans la documentation sur les meilleures pratiques.

En 1999, à la suite de consultations menées auprès du personnel opérationnel et d'un panel d'experts internationaux sur l'accréditation, la Direction des programmes de réinsertion sociale du SCC a entrepris l'élaboration d'un nouveau système d'évaluation afin de remplacer le Questionnaire informatisé sur le mode de vie des toxicomanes (QIMV), instrument désuet dont l'utilisation est lourde et fastidieuse. Le nouvel outil, soit le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT), a été élaboré, mis à l'essai sur le terrain et parachevé par le Centre de recherche en toxicomanie. Instrument dont les 288 énoncés sont formulés dans les deux langues et s'assortissent d'enregistrements audio, le QIT a été utilisé pour la première fois en 2002 à titre de projet pilote dans deux unités d'admission régionales, soit les établissements de Springhill et de Millhaven.

Au total, 907 détenus sous responsabilité fédérale admis de mai 2002 à janvier 2004 ont rempli le QIT. Ce questionnaire permet d'évaluer la toxicomanie dans sept domaines : 1) gravité du problème d'alcool; 2) gravité du problème de drogue; 3) tendances de consommation; 4) lien avec le comportement criminel; 5) toxicomanie des parents; 6) participation antérieure à un programme; et 7) motivation face au traitement.

La gravité de la toxicomanie est évaluée au moyen d'instruments normalisés comme le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS), le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST), le Questionnaire sur les problèmes reliés à l'alcool (questionnaire PRA), l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS) et le test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST). On utilise actuellement l'ADS, le DAST et le questionnaire PRA afin de déterminer l'intensité du traitement que devrait recevoir le délinquant. La SDS et le MAST servent à déterminer, à des fins expérimentales, si on peut améliorer la qualité de l'évaluation. L'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (EISP) est également intégrée au QIT pour qu'on puisse évaluer la fiabilité des réponses.

Grâce aux instruments d'évaluation normalisés utilisés dans le QIT, on a déterminé que 31 % des délinquants ayant rempli ce questionnaire n'avaient aucun problème de toxicomanie, que 32 % avaient un problème de niveau faible, 15 %, un problème de niveau modéré, 16 %, un problème important, et 5 %, un problème grave. Parmi les drogues consommées le plus souvent par les délinquants au cours des 12 mois précédant leur arrestation relative à l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, mentionnons les cannabinoïdes (52 %), la cocaïne (26 %) et les opiacés (13 %). Les autres drogues comptaient pour moins de 10 % de l'échantillon.

Les résultats ont révélé que le QIT permet de bien déterminer quels cas doivent être dirigés vers les programmes de traitement de la toxicomanie. Les délinquants dont l'ensemble des niveaux de gravité de la toxicomanie sont à la hausse d'après le QIT présentaient davantage de besoins criminogènes selon l'évaluation initiale des délinquants (EID); ils avaient également des antécédents criminels plus lourds, comme le prouvent leurs cotes plus élevées au chapitre des facteurs statiques (risque), et étaient plus susceptibles de récidiver d'après l'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1), instrument de mesure actuarielle du risque de récidive.

Concernant l'infraction à l'origine de la peine actuelle, les niveaux de gravité plus élevés dans l'ADS et le DAST étaient fortement associés à la consommation d'alcool ou de drogue et au fait d'avoir les facultés affaiblies par ces substances au moment où on a commis l'infraction, de même qu'à un plus grand risque de troubles cognitifs à ce moment-là que dans le cas des délinquants aux niveaux de gravité faibles. La violence exacerbée liée à l'infraction était associée étroitement à la consommation d'alcool, mais pas 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.

Les résultats de l'étude présentés ici indiquent que, même si la plupart des délinquants ont fourni des réponses fiables aux questions d'évaluation, environ 36 % auraient sous-estimé leurs problèmes de drogue ou d'alcool, comme le prouvent les cotes plus faibles obtenues sur le plan de la gravité globale de la toxicomanie par les délinquants ayant montré sur l'EISP une tendance à ne pas fournir des réponses fiables. En incluant une mesure de la déviation dans les réponses, on peut attirer l'attention du personnel opérationnel à cet égard pour qu'il puisse rajuster, au besoin et si cela est justifié, les résultats. Lorsque les résultats sont douteux, on recommande au personnel d'adopter des approches d'évaluation fondées sur diverses méthodes (p. ex. il peut examiner les sources connexes) afin de garantir l'exactitude de l'évaluation.

Enfin, soulignons que les délinquants ont évalué de façon généralement positive le QIT. Ils ont trouvé le logiciel convivial, et le contenu, facile à comprendre. Parmi les délinquants qui ont écouté l'ordinateur leur lire les questions et les choix de réponses (20 %), la plupart ont pu ainsi mieux comprendre le contenu du questionnaire.

Il faudra entreprendre d'autres recherches pour déterminer si on devrait utiliser les résultats de l'EISP en vue de rajuster les résultats du QIT lorsque tout semble

indiquer que les réponses ne sont pas fiables, de même que pour évaluer l'impact que pourrait avoir le fait d'intégrer complètement les résultats de l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS) et du test de dépistage d'alcoolodépendance du Michigan (MAST) à la matrice de renvoi à un programme. D'autres analyses portant sur le lien qui existe entre les résultats de l'évaluation de la toxicomanie et d'autres indicateurs, comme la consommation de substances pendant l'incarcération et la participation à un programme, permettront d'élargir les connaissances actuelles au sujet des déterminants de la réussite ou de l'échec après la mise en liberté. Enfin, on devra mener des recherches à l'échelle nationale pour tirer parti des avantages pouvant découler du fait d'intégrer complètement le QIT aux activités de planification et de traitement dans le contexte correctionnel du Service.

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>I</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>II</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
Évaluation.....	1
<b>ÉLABORATION DU QIT</b> .....	<b>4</b>
<b>CONTENU</b> .....	<b>5</b>
Mesures de la gravité de la toxicomanie.....	10
Mesure de la déviation dans les réponses.....	14
<b>BIEN-FONDÉ ET BUT</b> .....	<b>17</b>
<b>MÉTHODE</b> .....	<b>19</b>
Échantillon.....	19
Sources de données .....	19
Échelles et indicateurs normalisés.....	20
Indicateurs de l'évaluation initiale des délinquants (EID).....	26
Analyses statistiques.....	30
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>31</b>
Introduction.....	31
<i>Gravité des problèmes de toxicomanie</i> .....	32
<i>Nombre total des indicateurs de besoins cernés dans l'EID, par niveau de gravité de la toxicomanie</i> .....	33
<i>Cotation globale des facteurs dynamiques, par niveau de gravité de la toxicomanie</i> .....	34
<i>Nombre total d'indicateurs de facteurs statiques cernés dans l'EID, par niveau de gravité de la toxicomanie</i> .....	36
<i>Cotation globale des facteurs statiques, par niveau global de gravité de la toxicomanie</i> .....	37
<i>Échelle d'ISR-R1 : résultats, par niveau global de gravité de la toxicomanie</i> .....	38

Consommation d'alcool et de drogues avant l'infraction à l'origine de la peine actuelle.....	40
<i>Consommation d'alcool</i> .....	40
<i>Consommation de drogues</i> .....	43
<i>Consommation d'alcool et de drogue avant l'infraction à l'origine de la peine actuelle</i> .....	46
<i>Consommation d'alcool et de drogues et type d'infraction à l'origine de la peine actuelle</i> .....	47
Types de drogue les plus fréquemment consommés .....	49
Cotes totales sur la SDS, par niveau de gravité établi dans le DAST .....	51
Cotes totales obtenues dans le MAST, par niveau de gravité établi dans l'ADS .....	52
Déviations dans les réponses des délinquants.....	54
<i>Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS)</i> .....	55
<i>Le Questionnaire sur les problèmes liés à l'alcool (questionnaire PRA)</i> .....	56
<i>Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST)</i> .....	57
<i>Niveau global de gravité de la toxicomanie</i> .....	58
Cotes obtenues par les répondants dans le QIT .....	59
<b>ANALYSE</b> .....	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>67</b>
<b>ANNEXE A</b> .....	<b>72</b>
Catégories d'infraction .....	72

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Matières QIT .....	7
Tableau 2 : Matrice de renvoi aux programmes du SGD .....	12
Tableau 3 : Distribution des résultats pour l'ADS, le DAST et les niveaux globaux de gravité .....	32
Tableau 4 : Niveau de gravité de la toxicomanie, par nombre total d'indicateurs de besoins .....	34
Tableau 5 : Total des risques, par niveau global de gravité de la toxicomanie ...	36
Tableau 6 : Gravité de la toxicomanie, par groupe de risque établi dans l'Échelle d'ISR-R1 .....	39
Tableau 7 : Troubles cognitifs et comportementaux des délinquants en état d'ébriété .....	42
Tableau 8 : Troubles cognitifs et comportementaux liés à la consommation de drogues.....	46
Tableau 9 : Infractions commises par des délinquants qui avaient pris de l'alcool, de la drogue ou une combinaison de ces deux substances .....	48
Tableau 10 : Drogue la plus fréquemment consommée, par niveau de gravité établi dans le DAST .....	50
Tableau 11 : Cotes sur la SDS, selon le type de drogue .....	51
Tableau 12 : Cotes sur la SDS, par niveau de gravité établi dans le DAST.....	52

Tableau 13 : Cotes obtenues dans le MAST, par niveau de gravité établi dans l'ADS.....	53
Tableau 14 : Niveau de gravité selon l'ADS, par profil établi sur l'EISP.....	56
Tableau 15 : Niveau établi dans le questionnaire PRA par profil sur l'EISP .....	57
Tableau 16 : Niveau de gravité établi dans le DAST, par profil sur l'EISP .....	57
Tableau 17 : Évaluation par les répondants du QIT .....	60

## Liste des Figures

Figure 1 : Interface d'utilisation graphique du QIT .....	9
Figure 2 : Distribution de la cotation globale des facteurs dynamiques par niveau de gravité de la toxicomanie .....	35
Figure 3 : Distribution des résultats de la cotation globale des facteurs statiques, par niveau de gravité de la toxicomanie .....	37
Figure 4 : Pourcentage des délinquants ayant déclaré que l'alcool est un facteur ayant contribué au fait qu'ils ont commis l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, par niveau de gravité sur l'ADS .....	41
Figure 5 : Pourcentage des délinquants ayant déclaré que leur consommation d'alcool est un facteur ayant contribué au fait qu'ils ont commis l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, par niveau de gravité établi dans le DAST .	44
Figure 6 : Répondants fiables et répondants non fiables, par niveau global de gravité de la toxicomanie .....	59

# Introduction

## Évaluation

L'évaluation est considérée depuis longtemps comme une activité importante dans le cadre de la gestion quotidienne des délinquants (Bonta, 2000). Au cours des 20 dernières années, ce processus de nature préalablement clinique et plutôt subjective a évolué vers une approche plus rigoureuse, axée sur des données probantes et conçue pour nous permettre de déterminer systématiquement les facteurs pouvant contribuer au comportement criminel (Andrews et Bonta, 1998). Après avoir cerné les besoins criminogènes des délinquants, on peut les diriger vers des programmes correctionnels appropriés.

Les premières approches d'évaluation se fondaient sur le jugement professionnel, lequel était guidé par des critères informels non observables. Les décisions prises en fonction des approches de première génération étaient de nature subjective et intuitive; elles étaient fondées sur ce qu'on ressentait au sujet d'un cas en particulier, et non pas sur des méthodes d'évaluation s'appuyant sur des données empiriques. Selon les approches de deuxième génération, on devait s'appuyer sur les résultats d'évaluations actuarielles visant à déterminer les antécédents ou les facteurs statiques associés au délinquant (c.-à-d. ses antécédents criminels). Même si cela valait mieux que de se fier à son jugement clinique, ce genre d'évaluation ne tenait pas compte d'autres facteurs déterminants dans le comportement criminel qui sont de nature dynamique ou variable (p. ex. groupe de pairs antisociaux, toxicomanie et fonctionnement dans la collectivité) (Andrews et Bonta, 1998).

Puis, avec les approches de troisième génération, les systèmes de justice pénale ont commencé à reconnaître l'utilité d'intégrer des évaluations globales, multidimensionnelles et normalisées à leurs processus d'exécution des programmes et de prise de décisions. Dans le cadre des évaluations fondées sur

ces approches, on examine plus particulièrement les facteurs statiques (antécédents) et dynamiques (besoins) associés au comportement criminel dans le but de déterminer les niveaux de programme requis par les délinquants en fonction de leurs besoins statiques et dynamiques. Ce processus de détermination systématique des besoins criminogènes correspond aux principes d'un traitement correctionnel efficace, en vertu desquels tout délinquant présentant des besoins importants associés au comportement criminel devrait obtenir des services intensifs et globaux de façon qu'on puisse réduire ses risques de récidive; par contre, les délinquants ayant peu de besoins devraient recevoir un traitement minimal, voire pas de traitement du tout (Andrews et Bonta, 1998).

L'émergence de la documentation sur les meilleures pratiques en matière de traitement des alcooliques et des usagers de drogues illicites a renforcé davantage le débat en faveur d'une évaluation normalisée (Cross et Sibley-Bowers, 2001; McMurrin, 2001; Miller et Rollnick, 1991). D'un commun accord, il est désormais reconnu que, dans le domaine des dépendances, une approche d'évaluation normalisée rend le système plus efficient puisque l'on recueille seulement les renseignements requis pour chaque client concernant les décisions relatives aux programmes. Les approches d'évaluation normalisée garantissent également l'uniformité ou un langage commun entre les décideurs et les intervenants dans l'éventail complet de la prestation de services. Tant les clients que les cliniciens sont d'avis que les outils officiels, fondés sur des données empiriques, sont crédibles aux fins de planification de programme. De même, la mise en commun des résultats de l'analyse procure une rétroaction utile au client et accentue le comportement en vue d'obtenir un traitement en renforçant la motivation et l'engagement de changer chez le client. En dernier lieu, selon une perspective de la politique, une base de données sur les résultats d'une évaluation normalisée offre un moyen d'étayer la politique sur les meilleures pratiques, car il est possible de transformer rapidement cette

information en connaissance sur les caractéristiques de la population carcérale, notamment les tendances, les profils des clients et les résultats des clients.

### **Évaluation informatisée**

Les percées récentes en matière de technologie des ordinateurs, comme l'amélioration de l'audio, ont créé d'autres possibilités d'innovation sur le plan de l'évaluation normalisée. La mise en œuvre d'évaluations automatisées a tiré profit des efficiences et des capacités dynamiques de l'ordinateur (Turner, Ku, Rogers, Lindberg, Pleck et Sonenstein, 1998). Les questionnaires informatisés sont guidés par l'événement et reposent sur le déroulement automatisé des questions commandé par ordinateur dans le but de présenter des questionnaires complexes à l'intérieur d'un processus simplifié. Le répondant choisit une réponse à l'écran (un « événement »), ce qui entraîne des liens complexes (cachés) qui déterminent la séquence des questions subséquentes qui s'appliquent. Le répondant ne voit ou n'entend que les questions pertinentes; toutes les autres questions ne peuvent être vues. Voilà une amélioration marquée par rapport aux questionnaires imprimés qui reposent sur une suite conditionnelle d'énoncés, des instructions additionnelles et des ramifications supplémentaires qui rendent souvent l'exercice exigeant, même pour des répondants qui ont de bonnes aptitudes à la lecture.

Par surcroît, la recherche dans le domaine donne à penser que des questionnaires informatisés, efficaces comportent l'avantage d'assurer une plus grande franchise de la part des répondants en raison d'un certain nombre de caractéristiques propres à ce genre d'outil (Del Boca et Noll, 2000; Feigelson et Dwight, 2000). Tout d'abord, les sujets ont peu besoin, voire pas du tout besoin de l'aide des responsables de l'évaluation pour répondre aux questions, et le risque d'une influence de ces derniers s'en trouve grandement réduit. Ensuite, au fur et à mesure que le sujet répond au questionnaire, les questions et les choix de réponses connexes s'affichent, au besoin, de sorte que les réponses ne peuvent être vues par quelqu'un d'autre pendant l'exercice. En outre, les résultats et l'analyse produits par ordinateur permettent une évaluation impartiale

qui n'est pas influencée par des jugements personnels, ce qui a de fortes chances d'accroître l'honnêteté des réponses fournies par le sujet. En dernier lieu, les questionnaires informatisés créent une situation plus impersonnelle, exempte d'indices sociaux, qui incite le sujet à répondre plus franchement.

## **Élaboration du QIT**

En 1990, le Service correctionnel du Canada (SCC), en réponse aux préoccupations croissantes à l'égard de l'abus d'alcool et de drogues chez les délinquants nouvellement admis, a établi un cadre stratégique visant à faciliter la mise au point d'un nouveau processus en vue de répondre aux besoins de cette population carcérale (Robinson, Porporino et Millson, 1991). Le cadre comprenait l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus d'évaluation initiale normalisé pour la présélection des délinquants en vue des programmes appropriés de traitement de la toxicomanie. Résultat : le Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) auto-administré a été appliqué dans deux centres de réception régionaux dans le but de vérifier sa capacité de faciliter les renvois à un programme fondés sur les éléments probants. Après plusieurs améliorations apportées au QIMV, la version finale a été mise en œuvre à l'échelle nationale.

Depuis le milieu des années 90, les renseignements glanés à partir de ce questionnaire supplémentaire ont étayé le processus d'évaluation initiale des délinquants (EID) (SCC, 2003). L'EID comprend l'analyse et la détermination opportunes et systématiques des facteurs statiques et dynamiques essentiels qui touchent la réinsertion sociale rapide et sans risque de chaque délinquant dans la collectivité. Des questionnaires supplémentaires comme le QIMV étayent le processus d'EID en fournissant d'autres renseignements sur la nature et la gravité d'un certain nombre de besoins criminogènes, y compris les problèmes de toxicomanie. Le processus de l'EID et les évaluations supplémentaires servent à la planification correctionnelle et à d'autres fins administratives.

En 1998, le SCC a amorcé la révision du QIMV après que le personnel opérationnel et un comité international d'experts-conseils ont cité certaines difficultés relatives au logiciel et au contenu. En 1999, le SCC a entrepris l'élaboration du QIT dans le but d'établir la gravité de la toxicomanie et de faire concorder les besoins des délinquants avec le niveau de service offert. Les démonstrations des versions anglaise et française ont débuté dans les régions de l'Atlantique et de l'Ontario en 2002.

## **Contenu**

Le QIT auto-administré, qui comporte 288 énoncés, analyse la nature et la gravité des problèmes de toxicomanie d'un délinquant (voir le tableau 1). Il évalue plus particulièrement le profil de consommation d'alcool (36 énoncés au total), les conséquences de la consommation d'alcool (25 énoncés), la gravité de la dépendance à l'alcool (25 énoncés), les problèmes liés à la consommation d'alcool (15 énoncés) et le lien entre l'alcool et les infractions antérieures et à l'origine de la peine actuelle (20 énoncés). Le QIT évalue également le profil de consommation de drogues (39 énoncés), la gravité des problèmes liés à la consommation de drogues (20 énoncés), le degré de dépendance psychologique aux drogues (5 énoncés), la consommation de drogue et son lien avec les infractions antérieures et à l'origine de la peine actuelle (19 énoncés), l'usage de drogues injectables (6 énoncés) et le profil de polytoxicomanie (8 énoncés). Neuf énoncés portent sur les tendances relatives à la consommation de drogues pendant l'incarcération, et neuf autres énoncés s'attachent aux antécédents familiaux de toxicomanie.

L'information relative aux progrès réalisés dans le cadre de programmes antérieurs de traitement de la toxicomanie, y compris l'entretien à la méthadone, est recueillie au moyen de 20 énoncés. Le QIT conclut avec 20 énoncés qui approfondissent la motivation face au traitement conformément aux six aspects suivants : reconnaissance du problème, inquiétude éprouvée face au problème,

sentiment de responsabilité, attitude face au traitement, volonté de changement et soutien externe. Douze autres éléments axés sur les résultats du questionnaire fournissent aux répondants l'occasion d'évaluer leur expérience concernant le QIT.

**Tableau 1 : Matières QIT**

<b>Matières</b>	<b>Nombre d'énoncés</b>
• Profil de consommation d'alcool	36
• Conséquences de la consommation d'alcool – MAST (Selzer, 1981)	25
• Gravité des problèmes reliés à l'alcool – ADS (Skinner & Horn, 1984)	25
• Problèmes reliés à la consommation d'alcool – questionnaire PRA	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 reliés à la consommation de drogues – DAST (Skinner, 1982)	20
• Degré de dépendance psychologique aux drogues – SDS (Gossop et coll., 1995)	5
• Lien entre les 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 réalisés dans le cadre de programmes antérieurs	20
• Motivation face au traitement	20
• Satisfaction du répondant à l'égard du QIT	12

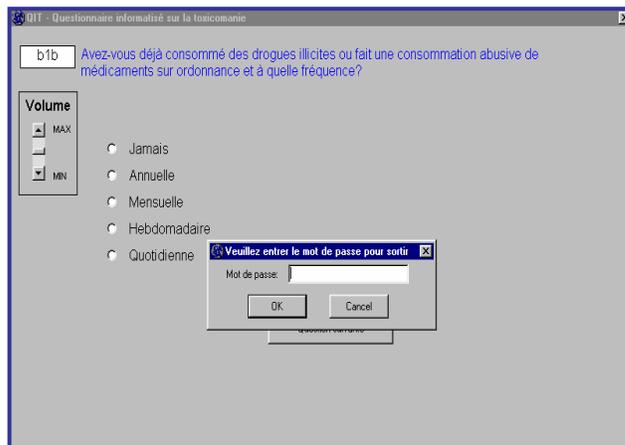
Contrairement au QIMV, le QIT ne vise pas de variables liées au mode de vie comme l'alimentation, la consommation de caféine, l'activité physique, l'état général de santé, le tabagisme et les problèmes d'ordre psychologique. Le QIT vise à aider le personnel opérationnel à formuler des recommandations fondées.

## Fonctions

Dans le QIT, le déroulement des questions commandé par ordinateur (c.-à-d. logique conditionnelle) et la vérification automatisée des données (p. ex. validation des champs) 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 au cours de la période de 12 mois ayant précédé l'arrestation pour les infractions à l'origine de la peine actuelle, mais qu'il déclare plus tard avoir consommé au moment des infractions à l'origine de la peine actuelle, ce qui s'est produit durant la même période de 12 mois ayant précédé 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, soit en français soit en anglais. Chacune des questions 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. Le logiciel comprend des boutons d'option, des cases et des zones de texte agréablement disposés, semblables à ceux qu'on trouve dans les navigateurs Web pour créer une interface graphique (voir la figure 1). Des dispositifs de sécurité, comme la protection par mot de passe, empêchent les répondants de quitter le programme, de changer d'application et de réduire la taille des écrans.

**Figure 1 : Interface d'utilisation graphique du QIT**



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 et choix de réponse. D'un seul clic, le répondant peut faire en sorte que l'ordinateur lui lise chaque élément de texte et diffuse l'information dans des écouteurs. L'option audio peut être mise en marche ou arrêtée à n'importe quel moment au cours de l'évaluation informatisée et offre une lecture en français ou en anglais. Pour les malentendants, il y a une image indiquant l'intensité du volume, qui peut être réglée.

À la fin de l'évaluation informatisée, le QIT produit un rapport. Sur la première page de ce dernier figurent des 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. Sur les autres pages, 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. D'un seul clic, on peut demander au QIT de produire un rapport en français ou en anglais en vue de transmettre l'information au personnel de l'évaluation et au délinquant. Le tout est possible grâce à un système dynamique de gestion de la base de données.

## **Mesures de la gravité de la toxicomanie**

Le QIT utilise systématiquement un certain nombre d'instruments normalisés dans le but d'évaluer la gravité de la toxicomanie. La gravité de l'alcoolisme est évaluée au moyen du Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS), qui comporte 25 énoncés (Skinner et Horn, 1984), du Questionnaire sur les problèmes reliés à l'alcool (questionnaire PRA), qui en comporte 15, et du test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST), qui en comporte 25 (Selzer, 1971). On a grandement utilisé le MAST et l'ADS auprès d'un certain nombre de populations spéciales, y compris les délinquants, afin d'évaluer la gravité de la toxicomanie. Ces deux instruments sont jugés valides et fiables d'après la documentation sur les meilleures pratiques (Boland, Henderson et Baker, 1998).

L'ADS permet d'évaluer le degré de dépendance physiologique, alors que le MAST et le questionnaire PRA s'attachent à l'importance des troubles psychosociaux ou des conséquences négatives de l'alcoolisme. Les trois échelles renvoient à la période de 12 mois précédant l'arrestation pour établir l'indice de gravité. L'ADS répartit les personnes dans les groupes suivants : « aucun problème », « problème faible », « problème modéré », « problème important », « problème grave ». Le questionnaire PRA utilise les catégories « aucun », « un peu », « pas mal » et « beaucoup » pour décrire les problèmes liés à l'alcool. Le SCC s'est servi de l'ADS pour déterminer la gravité de l'alcoolisme, et le questionnaire PRA, pour évaluer l'ampleur de ces problèmes depuis le début des années 90. On a inclus le MAST dans le QIT afin d'en déterminer l'utilité clinique dans le contexte du SCC, en vue de l'utiliser à la place du questionnaire PRA dans la matrice de renvoi aux programmes.

Afin d'évaluer la gravité de la toxicomanie, le QIT utilise le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST), qui comporte 20 énoncés (Skinner, 1982) et l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS), qui en comporte cinq (Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall et Strang, 1995). Le DAST évalue l'ampleur

des problèmes psychosociaux et établit un parallèle avec les énoncés du MAST (Boland et coll., 1998), alors que la SDS permet d'évaluer le degré de psychodépendance (Gossop et coll., 1995). Le DAST utilise le même système de classement que l'ADS. Les deux instruments renvoient à la période de 12 mois précédant l'arrestation. Le SCC a utilisé le DAST pour établir la gravité de la toxicomanie depuis le début des années 90. La validité des deux instruments a déjà été prouvée (Skinner, 1982; Gossop et coll., 1995).

On a ajouté la SDS au QIT afin de mesurer la psychodépendance aux drogues et de déterminer l'utilité de ce questionnaire sur le plan diagnostique dans le contexte du SCC. Un certain nombre d'études ont permis d'examiner le rapport qui existe entre le syndrome de dépendance, cerné pour la première fois par Edwards et Gross (1976) dans le cadre de leurs recherches auprès d'alcooliques, et les conséquences de la consommation de drogues (Skinner et Goldberg, 1986; Feingold et Rounsaville, 1995). On a eu tendance à mettre davantage l'accent sur les éléments psychologiques (p. ex. compulsion) de la dépendance en ce qui a trait à ce syndrome. La consommation compulsive de drogues est maintenant considérée comme une caractéristique centrale de la toxicomanie (Gossop et coll., 1995; Swift, Copeland et Hall, 1998). On a inclus la SDS dans le QIT de façon à obtenir des précisions relatives aux aspects psychologiques de la dépendance, par exemple le fait qu'une personne soit inquiète et anxieuse au sujet de ses besoins de toxicomane et que cela l'empêche de se maîtriser, et les examiner plus attentivement au sein d'une population carcérale.

Le QIT utilise les mêmes critères de renvoi aux programmes que le Système de gestion des délinquants (SGD)<sup>1</sup> pour déterminer l'intensité du programme requis

---

<sup>1</sup> Le SGD offre une base de données détaillées sur les délinquants sous responsabilité fédérale au Canada. Les agents du Service correctionnel du Canada et de la Commission nationale des libérations conditionnelles s'en servent pour consigner des renseignements au sujet des délinquants et suivre leurs progrès de tous les jours, de leur admission à la fin de leur peine.

pour un délinquant. Le tableau 2 offre un aperçu de la matrice de renvoi aux programmes du SGD. On détermine l'intensité du programme d'après le niveau de classement le plus élevé obtenu dans l'ADS, le DAST ou le questionnaire PRA.

**Tableau 2 : Matrice de renvoi aux programmes du SGD**

Cotes liées aux catégories du questionnaire PRA	0	1-3	4-6	7-15	
Problèmes associés à la consommation d'alcool	Aucun	Un peu	Pas mal	Beaucoup	
<b>Intensité du programme recommandée, d'après les niveaux établis dans le questionnaire PRA<sup>a</sup></b>	<b>Aucun</b>	<b>Faible</b>		<b>Élevée</b>	
.....					
Cotes liées aux catégories de l'ADS	0	1-13	14-21	22-30	31-47
Cotes liées aux catégories du DAST	0	1-5	6-10	11-15	16-20
Niveau de gravité, d'après les catégories de l'ADS et du DAST	Aucun problème	Problème faible	Problème modéré	Problème important	Problème grave
<b>Niveau d'intensité du programme recommandé, d'après l'ADS et le DAST<sup>b</sup></b>	<b>Aucun</b>	<b>Faible</b>	<b>Modérée</b>	<b>Élevée</b>	

<sup>a</sup>Les résultats du questionnaire PRA déterminent l'intensité du programme uniquement lorsque l'ADS et le DAST indiquent une intensité de programme plus faible que dans ce questionnaire. Par exemple, le questionnaire PRA permet de déterminer que des délinquants doivent être dirigés vers des programmes d'intensité élevée uniquement lorsque ceux-ci reçoivent la cote « beaucoup » dans ce questionnaire *et* « modérée » ou moins dans l'ADS et le DAST.

<sup>b</sup>On utilise le niveau de gravité le plus élevé établi à partir de l'ADS ou du DAST pour déterminer le niveau global de gravité de la toxicomanie, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave. On utilise ensuite ce niveau de gravité pour déterminer l'intensité du programme.

L'ADS et le DAST utilisent un système de classement des cas en cinq catégories étayé par des études ayant permis de déterminer la validité de ces deux questionnaires auprès de populations cliniques (Skinner et Horn, 1984). La première cote sur l'ADS (« aucun problème ») indique qu'il n'y a aucun problème

de dépendance à l'alcool. Les personnes ayant obtenu la cote « faible » dans l'ADS sont plus susceptibles d'éprouver une dépendance sur le plan psychologique que sur le plan physiologique et sont plus enclines à suivre des programmes visant à limiter leur consommation d'alcool que de se fixer l'objectif de devenir sobres. Les personnes dont la cote est de niveau « modéré » dans l'ADS éprouvent des problèmes psychosociaux liés à leur consommation d'alcool de même qu'une psychodépendance probable s'assortissant de symptômes de dépendance physiologique et de sevrage. Ces personnes sont également plus susceptibles d'accepter de participer à des programmes visant à limiter leur consommation et de rejeter toute idée de sobriété. Les répondants dont la cote de gravité se situe au niveau « important » sont plus susceptibles d'être dépendants sur le plan physique et de souffrir d'une myriade de problèmes psychosociaux liés à l'alcool. La sobriété est manifestement la seule solution pour ces personnes. Enfin, les personnes ayant reçu la cote « grave » dans l'ADS présentent une dépendance physique à l'alcool et des symptômes manifestes de troubles physiques liés à leur consommation. Pour ce groupe, la sobriété est probablement le seul objectif de traitement réaliste.

Skinner (1982) a également constaté que les cotes élevées dans le DAST étaient étroitement liées à des troubles dans un certain nombre de domaines personnels. Des personnes ayant obtenu des cotes élevées ont tendance à être instables sur les plans psychosocial et comportemental et à manifester un manque de maîtrise des impulsions, des attitudes antisociales, des problèmes interpersonnels, un esprit méfiant et des symptômes de dépression. Les cotes élevées sont inversement proportionnelles à l'âge, à la stabilité sociale, au fait d'avoir un logement et un emploi stable et aux rapports familiaux. Les cotes plus élevées dans le DAST sont également liées à une consommation plus fréquente de cannabis, de barbituriques et d'opiacés.

D'autres recherches ont souligné l'importance d'inclure des instruments comme l'ADS et le DAST dans le cadre d'un processus d'évaluation global. L'application

systematique de ces mesures objectives permet de s'assurer que les clients sont dirigés vers des programmes de traitement au niveau approprié. Cette approche est conforme aux principes d'un traitement correctionnel efficace, selon lesquels les délinquants présentant des besoins plus importants devraient recevoir des services plus intensifs et globaux si l'on veut réduire leur risque de récidive (Andrews et Bonta, 1998).

### **Mesure de la déviation dans les réponses**

On a débattu grandement de la question de savoir si l'information fournie par les délinquants eux-mêmes pouvait être fiable et utile. Certains estiment que ces renseignements reflètent assez bien la réalité, tandis que d'autres croient que les délinquants en particulier ont tendance à cacher des renseignements personnels (Kroner et Weekes, 1996; Boland, Henderson et Baker, 1998). Les concepteurs d'instruments d'évaluation recommandent que le personnel envisage la possibilité que certaines personnes risquent de ne pas déclarer tous leurs symptômes de toxicomanie en raison des fortes contraintes associées au fait, par exemple, d'être évalué (Skinner et Horn, 1984). Voilà pourquoi on a intégré l'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (EISP) (Paulhus, 1998) au QIT afin d'évaluer la déviation dans les réponses des délinquants dans un contexte correctionnel.

L'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (EISP), qui comporte 40 énoncés (Paulhus, 1998), offre au personnel un outil de mesure objective de la déviation des réponses. Cette échelle se compose de deux sous-échelles : l'échelle de gestion de l'impression et l'échelle d'illusion sur soi-même positive. La première sert à mesurer la tendance à la dissimulation (fausser la réalité, mentir), tandis que la seconde évalue la propension à nourrir des illusions sur soi-même (par exemple à faire preuve d'une confiance exagérée en soi-même qui frise le narcissisme). Un répondant ayant un nombre exagéré de réponses indiquant des comportements peu probables sur l'échelle de gestion de l'impression veut peut-être se montrer sous un jour favorable en raison des fortes contraintes associées

à la situation d'évaluation. De la même façon, une cote exagérément élevée selon l'échelle d'illusion sur soi-même positive peut dénoter chez le répondant une volonté d'afficher une confiance exagérée en lui-même. Les 40 énoncés qui composent l'EISP ne sont pas liés aux antécédents du répondant en matière de toxicomanie.

Le QIT utilise les résultats de l'EISP pour classer les répondants dans l'un des quatre profils établis selon les normes applicables aux délinquants entrant dans le milieu carcéral (Paulhus, 1998). Les répondants du premier profil sont ceux qui obtiennent de faibles cotes sur l'échelle de gestion de l'impression et l'échelle d'illusion sur soi-même positive. Ces personnes ont tendance à être conscientes de leurs problèmes. L'image qu'elles ont d'elles-mêmes fluctue moins en fonction des circonstances, et leur style interpersonnel est direct. Si l'on obtient de tels résultats, les réponses aux questions du QIT sont considérées comme étant probablement franches et valides.

Dans le cas des trois autres profils, les résultats du QIT peuvent être exagérément positifs. En d'autres mots, les répondants peuvent avoir sous-estimé la gravité de leurs problèmes de toxicomanie. Les répondants aux cotes élevées sur l'échelle de gestion de l'impression et aux cotes faibles sur l'échelle d'illusion sur soi-même positive sont conscients de leurs faiblesses; toutefois, ils peuvent désirer paraître sous un jour favorable en raison des contraintes sociales associées à la situation d'évaluation. Les répondants ayant obtenu des cotes faibles sur l'échelle de gestion de l'impression et des cotes élevées sur l'échelle d'illusion sur soi-même positive ont généralement tendance à fournir des réponses exagérément positives en raison d'une propension marquée à entretenir une image de soi trop positive, plutôt que du désir de répondre aux exigences de la situation. Enfin, les répondants ayant obtenu une cote élevée sur les deux échelles ont une propension à nourrir des illusions sur eux-mêmes ainsi qu'une tendance à vouloir créer une impression favorable chez autrui lorsque la situation l'exige.

Les résultats de l'EISP permettent au personnel opérationnel de déterminer de manière objective dans quelle mesure les délinquants ont répondu franchement aux questions. Lorsqu'un délinquant produit sur l'EISP des résultats indiquant qu'on ne peut pas nécessairement se fier à ses réponses, on recommande que le personnel opérationnel se fonde sur des approches axées sur diverses méthodes pour obtenir des évaluations fiables et exactes. Cette approche est conforme au principe général du jugement professionnel, selon lequel un rajustement est justifié s'il découle de bonnes pratiques fondées sur des données probantes et qu'il permet d'améliorer, s'il y a lieu, l'efficacité des évaluations (Andrews et Bonta, 1998).

En outre, le processus d'évaluation permet de procéder à de brèves interventions de rehaussement de la motivation (Millar et Rollnick, 1991). Par exemple, le personnel peut employer des techniques d'entrevue motivationnelle dans le cas d'un délinquant réfractaire qui a produit dans le QIT des résultats dénotant qu'on ne peut se fier nécessairement à ses réponses et qui a une certaine tendance à minimiser ses problèmes de toxicomanie. Ces techniques viseraient à l'encourager à se faire traiter.

## **Bien-fondé et but**

Dans la présente étude, on examine les résultats du QIT, qui a été amélioré sur le plan audio et présenté à un échantillon de détenus sous responsabilité fédérale. Après avoir déterminé le rapport qui existe entre la gravité de la toxicomanie et les besoins criminogènes, on analysera l'incidence de la déviation dans les réponses des délinquants, d'après l'ensemble des résultats du QIT. Le but général : faire en sorte que l'évaluation permette de diriger les délinquants vers un programme approprié.

Comme on l'a déjà mentionné, selon les principes d'un traitement correctionnel efficace, les délinquants présentant des besoins importants devraient recevoir des services intensifs et globaux. De leur côté, les délinquants ayant peu de besoins requièrent un traitement minimal ou ne sont pas du tout tenus d'en recevoir un. Dans le présent rapport, on se propose de comparer l'ensemble des niveaux de gravité de la toxicomanie en fonction d'un certain nombre d'indicateurs afin de déterminer si ces niveaux permettent de bien diriger les délinquants vers un programme selon la nature de leur cas. On s'attend à ce que les répondants ayant déclaré des problèmes de toxicomanie graves d'après les mesures normalisées fassent également état de problèmes importants dans leur vie personnelle. Ces personnes sont également plus susceptibles de considérer que leur toxicomanie est un facteur ayant contribué à l'infraction à l'origine de leur peine actuelle. On s'attend en outre à ce que les répondants ayant déclaré des problèmes de toxicomanie graves soient plus à risque de récidiver en général.

Outre les analyses précitées, les résultats de l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS) et du test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST) seront comparés aux mesures actuelles dans la matrice de renvoi, de façon qu'on puisse déterminer si ces échelles peuvent être intégrées à la matrice. De plus, on présentera des renseignements descriptifs sur les profils de

la toxicomanie et les antécédents de délinquance afin de mieux établir le lien qui existe entre la toxicomanie et le comportement criminel.

Aux fins du présent rapport, on comparera les résultats des mesures de la toxicomanie aux profils de l'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (EISP) afin de déterminer les effets que le fait de fournir des réponses socialement souhaitables peut avoir sur les résultats globaux du QIT. On s'attend à ce que les répondants ayant établi dans l'EISP des profils indiquant qu'on ne peut se fier à leurs réponses aient tendance à sous-estimer le niveau de gravité de leur toxicomanie, comme le révéleraient de faibles cotes à l'égard des mesures de gravité de la toxicomanie établies pour ces répondants.

Enfin, on se propose de présenter les résultats d'un certain nombre de questions formulées dans le QIT afin de déterminer dans quelle mesure les répondants sont satisfaits du contenu et de la version informatique.

## Méthode

### Échantillon

En 2002, on a commencé à mettre à l'essai les versions anglaise et française du QIT aux établissements de Millhaven et de Springhill. Ces deux établissements servent, respectivement, de centres de réception régionaux pour les régions de l'Ontario et de l'Atlantique. Les données ont été obtenues auprès de 907 délinquants [âge moyen ( $M$ ) = 33; écart-type ( $ET$ ) = 9,8], qui ont rempli le QIT de mai 2002 à janvier 2004. Cet échantillon représente environ 36 % des admissions réelles ( $n = 2\,530$ ) à ces établissements<sup>2</sup>. On a évalué les autres délinquants (64 %) au moyen de l'instrument actuel, soit le Questionnaire informatisé sur le mode de vie des toxicomanes (QIMV), car le taux d'admission à ces deux établissements dépassait la capacité du projet pilote.

Le QIT a été administré dans le cadre d'un processus d'évaluation normalisé s'assortissant d'une évaluation initiale des délinquants (EID) et d'évaluations supplémentaires. Les deux évaluations doivent être effectuées dans les 90 jours suivant l'admission d'un délinquant sous responsabilité fédérale.

### Sources de données

Le QIT et l'EID constituaient les deux principales sources de données. Les indicateurs pertinents dont on s'est servi sont décrits plus loin dans la présente section.

---

<sup>2</sup> L'affectation des répondants au QIT dépendait tout simplement de l'accessibilité des postes de travail établis à cette fin. On n'a procédé à aucune présélection systématique des répondants au QIT d'après des facteurs propres aux cas ou d'autres critères qui auraient pu prêter à confusion et biaiser les résultats.

Le QIT est un questionnaire supplémentaire utilisé dans le cadre de l'EID (Service correctionnel du Canada, 2003). Il offre des renseignements sur la nature et la gravité des problèmes de toxicomanie des délinquants et permet de les diriger vers des programmes appropriés. L'EID comprend la détermination et l'analyse des facteurs statiques et dynamiques essentiels qui touchent la réinsertion sociale rapide et sans risque de chaque délinquant dans la collectivité. Les deux questionnaires sont utilisés dans le cadre des activités de planification correctionnelle et à d'autres fins administratives.

L'information de l'EID est tirée du Système de gestion des délinquants (SGD). Le SGD est un système de base de données électronique utilisé par le SCC pour tenir à jour les dossiers des délinquants et gérer ces derniers pendant toute la durée de leur peine. Le système offre une mine de renseignements, dont les suivants : données démographiques; information sur la peine et la condamnation; tous les documents d'admission et de mise en liberté; évaluations aux fins de décision; résultats des analyses d'urine; renseignements sur les cas d'inconduite; rapports sur le rendement des délinquants; documents connexes. Les régions ont envoyé les bases de données du QIT par liaison électronique protégée.

### **Échelles et indicateurs normalisés**

***Le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS)*** (Skinner et Horn, 1984) comporte 25 énoncés visant à déterminer si le répondant souffre du syndrome d'alcool-dépendance (Edwards et Gross, 1976). L'ADS permet de déterminer si la consommation d'alcool a dépassé le stade psychologique pour devenir un problème que la personne n'arrive pas à maîtriser. Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes : Aviez-vous des tremblements au moment de dessoûler (tremblements des mains ou tremblement intérieur)? Vous est-il arrivé de voir des choses qui n'existaient pas vraiment, après avoir bu? On utilise les niveaux de gravité établis à partir de données empiriques (aucun problème (0), problème faible (1-13), problème modéré (14-21), problème

important (22-30) et problème grave (31-47)) afin de diriger, s'il y a lieu, les délinquants vers des programmes appropriés. Ce système de classement des cas s'appuie sur d'autres recherches effectuées à l'aide de cette échelle (Skinner et Horn, 1984). Pour établir le niveau de gravité, l'ADS se fonde sur les 12 mois précédant l'arrestation.

L'ADS offre une excellente capacité de cohérence interne et de validité externe (Skinner et Horn, 1984). Les valeurs alpha de Cronbach se situent de 0,85 à 0,94, ce qui indique une excellente fiabilité (Boland et coll., 1998). La validité externe est soutenue par la forte association de l'échelle avec d'autres mesures de l'instabilité liée à l'alcool (Skinner et Horn, 1984; Boland et coll., 1998). L'échelle est considérée comme étant unidimensionnelle. D'autres recherches ont confirmé son utilité clinique dans un contexte correctionnel (Hodgins et Lightfoot, 1988, 1989).

***Le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST)*** (Skinner, 1982) est modelé sur le test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST), mais il sert à évaluer la gravité des problèmes associés à la consommation de drogues. Les niveaux de gravité quantitatifs (aucun problème (0), problème faible (1-5), problème modéré (6-10), problème important (11-15) et problème grave (16-20)) de l'échelle sont fondés sur des données normatives (Robinson, Porporino et Millson, 1991). Comme dans le cas de l'ADS, ces niveaux de gravité permettent de diriger les délinquants vers des programmes appropriés. Le DAST comprend des énoncés concernant la fréquence d'utilisation, les symptômes de dépendance, l'étendue des troubles liés à la drogue, les sentiments de culpabilité et les traitements antérieurs (Boland et coll., 1998). Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes : Pourriez-vous passer toute une semaine sans prendre de drogues? Avez-vous négligé votre famille à cause de la drogue? Le DAST renvoie également à la période de 12 mois précédant l'arrestation pour établir le niveau de gravité de la toxicomanie. Un

mode de réponse dichotomique est utilisé pour chaque réponse affirmative justifiant une cote de un.

D'autres travaux psychométriques ont permis d'établir la fiabilité et la validité du DAST (Boland et coll., 1998). Les valeurs alpha de Cronbach se situent de 0,85 à 0,94, ce qui indique une excellente fiabilité (Boland et coll., 1998). La validité externe est soutenue par la forte association de l'échelle avec d'autres mesures de l'instabilité liée à la drogue (p. ex. fréquence d'utilisation et psychopathologie). Des recherches ont également prouvé son utilité clinique dans un contexte correctionnel (Hodgins et Lightfoot, 1988, 1989).

### ***Le test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST)***

(Selzer, 1981) est une échelle de 25 énoncés conçue pour mesurer divers problèmes associés à l'alcoolisme. Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes : Avez-vous déjà perdu un emploi à cause de la boisson? En êtes-vous déjà venu aux poings lorsque vous aviez bu? Un mode de réponse dichotomique est utilisé pour chaque réponse affirmative justifiant une cote de deux à cinq, selon l'énoncé.

La fiabilité et la validité du MAST ont déjà été établies auprès d'un certain nombre de populations, dont la population carcérale (Millson, Weekes et Lightfoot, 1995; Boland et coll., 1998). Les valeurs alpha de Cronbach se situent de 0,83 à 0,95. Les cotes établies dans le MAST ont été corrélées assez étroitement avec les cotes obtenues pour d'autres mesures de gravité de la toxicomanie, par exemple l'ADS ( $r = 0,69$ ) (Boland et coll., 1998).

***Le Questionnaire sur les problèmes reliés à l'alcool (questionnaire PRA)*** est issu du MAST. Cette échelle de 15 points permet de quantifier le nombre de problèmes reliés à l'alcool. Un mode de réponse dichotomique est utilisé pour chaque réponse affirmative justifiant une cote de un. L'échelle du questionnaire PRA est divisée en quatre niveaux : aucun problème d'alcool important (cote de 0); un peu de problèmes (1-3); pas mal de problèmes (4-6); beaucoup de

problèmes (7-15). Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes :  
Avez-vous eu des disputes avec les membres de votre famille à cause de votre consommation d'alcool? Vous êtes-vous déjà blessé à cause d'un accident lié à votre consommation d'alcool?

Le **niveau global de gravité** est fondé sur l'ADS et le DAST. On se fie au niveau de gravité le plus élevé établi dans l'ADS ou le DAST pour déterminer le niveau global de gravité de la toxicomanie, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave. La cotation la plus élevée obtenue d'après l'ADS, le DAST ou le questionnaire PRA permet de calculer le niveau d'intensité des programmes<sup>3</sup>.

**L'échelle de gravité de la dépendance (SDS)** (Gossop et coll., 1995) permet de mesurer les dimensions psychologiques de la dépendance, par exemple en ce qui concerne l'inquiétude et l'anxiété qu'éprouve une personne face à sa consommation d'alcool et au fait de ne pouvoir se maîtriser à cet égard. Le répondant doit d'abord préciser quelle drogue il consommait le plus souvent au cours de la période de 12 mois précédant son arrestation pour l'infraction à l'origine de sa peine actuelle. Le QIT insère ensuite automatiquement le nom de la drogue dans chacun des cinq énoncés de la SDS. Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes : Est-ce que la perspective de sauter une dose vous rendait anxieux ou inquiet? Étiez-vous inquiet au sujet de votre consommation de (*drogue indiquée*)? Les réponses pour les premiers quatre items sont fournies à l'aide d'une échelle de quatre points se situant de « jamais ou presque jamais » à « toujours ou presque toujours ». Pour le cinquième item, « À quel point le fait d'arrêter de consommer (*drogue nommée*) ou de vous en

---

<sup>3</sup> Le questionnaire PRA permet de déterminer que des délinquants doivent être dirigés vers des programmes d'intensité élevée uniquement lorsque ceux-ci reçoivent la cote « beaucoup » dans ce questionnaire et « modérée » ou moins dans l'ADS et le DAST. Parmi les 907 délinquants ayant rempli le QIT, 2 % (n = 18) ont été dirigés vers un programme d'intensité élevée après avoir obtenu le résultat « beaucoup de problèmes » dans le questionnaire PRA, même si d'autres échelles semblaient indiquer qu'ils pourraient suivre des programmes d'intensité plus faible.

passer vous semblait-il difficile? », on utilise aussi une échelle de quatre points; toutefois, les réponses fournies se situent de « pas difficile » à « impossible ». Les cotes sont établies de 0 à 15.

On a déjà examiné les propriétés psychométriques de la SDS à l'aide d'échantillons d'utilisateurs d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines (Gossop et coll., 1995). Les valeurs alpha de Cronbach se situent de 0,81 à 0,90, ce qui indique une excellente cohérence interne. La validité de l'échelle est soutenue par sa corrélation positive avec un certain nombre d'indicateurs de la toxicomanie (p. ex. dose, durée de consommation et fréquence de consommation).

***L'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (EISP)*** (Paulhus, 1998) permet d'évaluer les réponses socialement souhaitables. Cette échelle se compose de deux sous-échelles : l'échelle de gestion de l'impression et l'échelle d'illusion sur soi-même positive. La première sert à mesurer la tendance à la dissimulation (fausser la réalité, mentir), tandis que la seconde évalue la propension à nourrir des illusions sur soi-même (par exemple à faire preuve d'une confiance exagérée en soi-même qui frise le narcissisme). L'EISP comporte 40 énoncés. Les répondants doivent évaluer ces énoncés sur une échelle de cinq points (se situant de la catégorie « faux » à « très vrai ») et indiquer s'ils s'appliquent à eux. Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes : « Mes premières impressions sur les gens se révèlent habituellement exactes. » « Je ne fais pas de commérage à propos des affaires des autres. » Des points sont accordés aux réponses minimales ou maximales (catégories se situant au début ou à la fin de l'échelle de cinq points) (Paulhus, 1998).

Un répondant ayant un nombre exagéré de réponses indiquant des comportements peu probables sur l'échelle de gestion de l'impression veut peut-être se montrer sous un jour favorable en raison des fortes contraintes associées à la situation d'évaluation. De la même façon, une cote exagérément élevée

selon l'échelle d'illusion sur soi-même positive peut dénoter chez le répondant une volonté d'afficher une confiance exagérée en lui-même. L'EISP permet de répartir les répondants en fonction de quatre profils, dont trois indiquent une tendance à fournir des réponses auxquelles on ne peut se fier (Paulhus, 1998). On a réuni ces trois profils en un groupe de répondants non fiables, qu'on a ensuite comparés aux répondants fiables au moyen de mesures de gravité de la toxicomanie.

Des travaux psychométriques ont établi la fiabilité et la validité de l'EISP. Une analyse confirmatoire des facteurs a produit une solution orthogonale à deux facteurs (c.-à-d. que des données empiriques soutiennent les deux échelles). Des normes sont accessibles pour quatre groupes témoins, y compris les admissions dans le système correctionnel (n = 1 457). La mesure alpha de Cronbach, qui permet d'évaluer la cohérence interne (fiabilité), produit une valeur élevée de 0,84 sur l'échelle de gestion de l'impression et une valeur acceptable de 0,75 sur l'échelle d'illusion sur soi-même positive (c.-à-d. que les énoncés permettent de mesurer de façon uniforme les deux concepts). La validité concurrente est soutenue par la forte association de l'échelle avec d'autres mesures généralement connues comme des échelles de mensonge (Paulhus, 1998).

***La drogue la plus souvent consommée*** est indiquée par le répondant aux fins de la SDS (voir ci-dessus).

***On détermine si les répondants ont consommé de l'alcool ou de la drogue avant l'infraction à l'origine de leur peine actuelle*** en leur demandant de préciser s'ils ont pris une de ces substances avant l'infraction. Dans le cas des répondants déclarant l'avoir fait, le QIT présente des questions de suivi dans lesquelles on explore les conséquences de l'alcool et de la drogue sur le plan affectif et comportemental.

***Un sondage sur la satisfaction des délinquants*** est présenté à la fin du QIT. On demande aux répondants d'indiquer s'ils sont d'accord ou non avec 11 énoncés portant sur divers aspects de leur expérience d'évaluation. Les répondants utilisent une échelle de Likert à cinq points pour ce faire. Les choix de réponse comprennent les suivants : tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ni d'accord ni en désaccord, plutôt en désaccord et tout à fait en désaccord. Ces réponses ont été réunies en trois catégories (d'accord, ni d'accord ni en désaccord et pas d'accord) pour les présentes analyses. Parmi les questions posées, mentionnons les suivantes : « J'ai trouvé le questionnaire intéressant. » « Je me suis senti tout à fait à l'aise de répondre aux questions par ordinateur. » « J'ai compris les questions. »

### **Indicateurs de l'évaluation initiale des délinquants (EID)**

***L'analyse des facteurs dynamiques de l'EID*** est effectuée par l'agent de libération conditionnelle en établissement au moyen du Système de gestion des délinquants (SGD); il confirme pour ce faire la présence d'indicateurs liés à chacun des sept domaines établis ou besoins criminogènes. Il s'agit des domaines suivants : emploi, relations conjugales/familiales, fréquentations/rerelations sociales, toxicomanie, fonctionnement dans la collectivité, orientation personnelle/affective et attitude générale. Les indicateurs sont structurés en fonction de questions établies selon un mode de réponse dichotomique (« oui » = présence d'un problème; « non » = absence d'un problème). On peut ainsi bien cerner les problèmes propres à chaque domaine.

Dans le cas de chaque domaine, le SGD cote automatiquement les réponses et les classe par ordre de priorité (c.-à-d. plus la cote est élevée plus il s'agit d'un problème prioritaire) (SCC, 2003). Les agents de libération conditionnelle utilisent les résultats de cet exercice et d'autres renseignements propres aux cas pour établir une cote globale de besoins à l'égard de chaque domaine. Tous les domaines, mis à part ceux liés à la toxicomanie et à l'orientation personnelle/affective, peuvent être cotés à titre d'atouts. À moins que les

antécédents du délinquant semblent indiquer le contraire, l'agent de libération conditionnelle l'inscrit dans l'un des trois niveaux suivants : « aucun besoin immédiat d'amélioration », « besoin modéré d'amélioration » ou « besoin manifeste d'amélioration ». On accorde ensuite une cote globale (« faible », « modérée » ou « élevée ») à l'égard des facteurs dynamiques (besoins), de façon à déterminer le niveau d'intervention requis. En général, plus les problèmes cernés sont graves et plus le nombre de domaines touchés est grand, plus la cote globale des facteurs dynamiques est élevée. L'agent de libération conditionnelle doit exercer son jugement professionnel lorsqu'il établit cette cote.

On a comparé la cote globale des facteurs dynamiques aux niveaux globaux de la gravité de la toxicomanie afin d'examiner le rapport qui existe entre ces deux éléments. Comme les indicateurs de besoins servent à déterminer les cotes établies pour chaque domaine, on a également utilisé le total obtenu pour les sept domaines afin de quantifier le nombre de besoins cernés dans la vie d'un délinquant. Les indicateurs de besoins cernés ont été répartis par domaine : emploi (35 indicateurs), relations conjugales/familiales (31 indicateurs), fréquentations/rerelations sociales (11 indicateurs), toxicomanie (29 indicateurs), fonctionnement dans la collectivité (21 indicateurs), orientation personnelle/affective (46 indicateurs) et attitude générale (24 indicateurs). On a ensuite comparé le nombre total de ces indicateurs aux niveaux globaux de gravité de la toxicomanie afin de déterminer si le nombre total de besoins cernés augmentait en fonction des niveaux de gravité.

***La cotation des facteurs statiques (risque) de l'EID*** est fondée sur les antécédents criminels, le dossier sur la gravité des infractions et les antécédents de délinquance sexuelle. Les antécédents criminels permettent de cerner les facteurs importants liés aux démêlés du délinquant avec la justice pénale. Grâce au dossier sur la gravité des infractions, on peut mesurer la nature et le degré de préjudice psychologique et physique infligé à la victime et à la société. D'après les antécédents de délinquance sexuelle, on peut déterminer la nature et

l'étendue de l'infraction sexuelle, s'il y a lieu, et l'ampleur du préjudice porté à la victime. On peut aussi savoir si le délinquant a déjà fait l'objet d'une évaluation, d'un traitement ou d'une intervention à ce chapitre (SCC, 2003).

Une fois que l'agent de libération conditionnelle a répondu à toutes les questions, le SGD établit automatiquement une cote en fonction du nombre de réponses dichotomiques « oui » ou « non », d'après les antécédents criminels, le dossier sur la gravité des infractions et les antécédents de délinquance sexuelle. Un point est accordé pour chaque réponse affirmative. En général, plus le nombre de réponses affirmatives est élevé, plus le risque criminel est grand (SCC, 2003). Un niveau d'intervention (« faible », « modéré » ou « élevé ») est automatiquement établi selon les résultats de l'analyse des facteurs statiques (c.-à-d. l'analyse des antécédents criminels, du dossier sur la gravité des infractions et des antécédents de délinquance sexuelle) et de l'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1) (décrite plus loin dans la présente section).

Le nombre total d'indicateurs de facteurs statiques cernés a été réparti selon les antécédents criminels (38 indicateurs), le dossier sur la gravité des infractions (71 indicateurs) et les antécédents de délinquance sexuelle (28 indicateurs). On a ensuite comparé ce total et les cotes établies pour les facteurs statiques (« faible », « modérée » et « élevée ») d'après les niveaux globaux de gravité de la toxicomanie afin de déterminer si le risque augmentait en fonction de ces niveaux.

***L'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1)<sup>4</sup>*** (Nuffield, 1982, cité dans Nafekh et Motiuk, 2002) est un outil statistique

---

<sup>4</sup> L'instrument d'information statistique générale sur la récidive (ISGR) (Nuffield, 1982) a été modifié de façon à ce qu'on puisse en améliorer la validité apparente et tenir compte des modifications apportées aux dispositions législatives. Par conséquent, on l'a rebaptisé « l'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive » (Échelle d'ISR-R1)

permettant d'évaluer le risque de récidive chez les délinquants non autochtones sous responsabilité fédérale. On le remplit généralement dans les 90 jours suivant l'admission du délinquant à un établissement fédéral afin de déterminer son niveau de facteurs statiques dans le cadre de l'EID. On l'administre de nouveau pendant l'incarcération du délinquant afin d'établir son potentiel de réinsertion sociale.

L'Échelle d'ISR-R1 permet de quantifier 15 indicateurs des données démographiques et des antécédents criminels au moyen de la méthode de pondération Burgess. Selon cette méthode, des cotations positives ou négatives sont attribuées à un élément en fonction des différences entre le facteur en question et les taux de réussite de la population. Les éléments (variables explicatives) sont pondérés en fonction de leur écart par rapport au taux de réussite de base (Bonta, Harman, Hann et Cormier, 1996). Une simple sommation des éléments produit un total allant de -30 (risque très faible) à +27 (risque élevé) (Nafekh et Motiuk, 2002).

Les délinquants sont répartis dans l'une des cinq catégories de risque suivantes : « très faible » (quatre délinquants sur cinq de cette catégorie devraient réussir à s'en sortir après leur mise en liberté); risque « faible » (dans cette catégorie, deux délinquants sur trois devraient y arriver); risque « modéré » (un délinquant sur deux devrait y arriver); risque « modéré/élevé » (deux délinquants sur cinq devraient y arriver); et risque « élevé » (un délinquant sur trois devrait y arriver). Ces catégories permettent d'évaluer le risque de récidive d'un délinquant sous responsabilité fédérale dans les trois ans suivant sa mise en liberté.

La fiabilité interne et la validité prédictive de l'Échelle d'ISR-R1 ont déjà été établies (Bonta et coll., 1996). Cette échelle est considérée comme un instrument stable de prévision de la récidive en général. Les cotes permettent de prévoir diverses issues en ce qui a trait aux récidives, et les catégories de risque

établies dans l'échelle montrent les associations systématiques déterminées en fonction de ces issues.

Aux fins du présent rapport, on a réparti les catégories de risque de l'Échelle d'ISR-R1 dans les trois groupes de risque suivants : « risque élevé à modéré/élevé », « risque modéré » et « risque faible à très faible ». On a ensuite examiné le rapport qui existe entre ces groupes de risque et les niveaux de gravité de la toxicomanie.

### **Analyses statistiques**

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 8 (SAS Institute, 1999). Dans le cas des analyses comportant des variables de réponse continues, on a d'abord mis à l'essai les hypothèses relatives aux procédures paramétriques. On a appliqué les tests de Shapiro-Wilk et de Levene pour vérifier, de façon respectueuse, la normalité des distributions et l'homogénéité des écarts entre les groupes (SAS, 1999). Lorsque les hypothèses étaient confirmées, on a procédé à une analyse de la variance pour vérifier les différences significatives.

La procédure paramétrique a été faite au moyen de transformations de la valeur de rang de chaque donnée simple continue au lieu des données brutes, parce que les données ne satisfaisaient pas aux hypothèses de la distribution normale (Allison et Gorman, 1993; SAS, 1999). La somme de la valeur de rang de chaque groupe a ensuite été comparée au moyen du modèle linéaire général. On s'est servi de la méthode de comparaisons multiples de Tukey (test HSD — « *Honestly Significant Difference* ») pour réduire au minimum le taux d'erreur dans le cas de toutes les comparaisons par paire (SAS Institute, 2000). Dans le cas des comparaisons ne s'appliquant qu'à deux groupes, on a utilisé la variable chi carré non paramétrique de Kruskal-Wallis pour évaluer les différences significatives.

On s'est servi de la variable chi carré de Mantel-Haenszel et de la variable de corrélation de Spearman pour évaluer l'importance et la force des associations entre les variables de réponses assignées de nature ordinale. Dans le cas des variables de réponses assignées de nature nominale, on a employé la variable chi carré et le coefficient de Cramer pour évaluer l'importance et la force des associations.

## **Résultats**

### **Introduction**

Pour illustrer les liens qui existent entre la toxicomanie, le comportement criminel et l'instabilité psychosociale, on examinera le rapport entre le niveau global de gravité de la toxicomanie et la cotation des facteurs dynamiques et statiques établie d'après l'évaluation initiale des délinquants (EID). En outre, on comparera les résultats de l'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1) aux niveaux globaux de gravité de la toxicomanie, afin d'étudier le rapport entre la gravité des problèmes de toxicomanie et le risque de récidive. D'autres renseignements descriptifs sur les infractions à l'origine de la peine actuelle et les profils de consommation de drogues aideront à mettre en lumière le lien qui existe entre la toxicomanie et le comportement criminel.

Ensuite, on présentera le rapport entre l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS) et le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST), de même

que celui entre le test de dépistage d'alcool-dépendance du Michigan (MAST) et le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS), de façon à déterminer s'il faudrait utiliser d'autres mesures pour mieux cerner les cas exigeant une intervention.

Pour conclure la section sur les résultats, on jettera un coup d'œil sur l'incidence que la déviation dans les réponses des délinquants peut avoir sur l'ensemble des résultats du QIT, puis on donnera un aperçu des cotes des répondants au questionnaire informatisé.

### ***Gravité des problèmes de toxicomanie***

Comme on l'a déjà mentionné, le niveau global de gravité de la toxicomanie est fondé sur l'ADS et le DAST. On utilise le niveau de gravité le plus élevé obtenu à partir de l'une ou l'autre de ces mesures pour déterminer le niveau global de gravité, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave. La cotation la plus élevée obtenue d'après l'ADS, le DAST ou le questionnaire PRA permet de calculer le niveau d'intensité des programmes.

Dans l'échantillon de délinquants utilisé ici — lequel comprend uniquement les délinquants ayant rempli le QIT (environ 36 % des délinquants admis) —, 31 % n'avaient aucun problème de toxicomanie, 32 % avaient un problème faible, 15 %, un problème modéré, 16 %, un problème important, et 5 %, un problème grave, d'après l'évaluation effectuée. Le tableau 3 présente la distribution des résultats pour l'ADS, le DAST et les niveaux globaux de gravité. Les répondants qui obtiennent un niveau global de gravité important ou grave sont placés dans un programme d'intensité élevée. S'ils obtiennent une cote modérée ou faible, on les dirige vers les niveaux d'intensité correspondants.

### **Tableau 3 : Distribution des résultats pour l'ADS, le DAST et les niveaux globaux de gravité**

Problèmes	Niveau de gravité (%)				
	Aucun problème	Problème faible	Problème modéré	Problème important	Problème grave
Alcool (ADS)	56,3	33,2	6,0	2,9	1,7
Drogue (DAST)	46,8	22,3	12,6	14,4	4,0
Gravité globale <sup>a</sup>	31,1	32,4	14,7	16,2	5,4

<sup>a</sup>On utilise le niveau de gravité le plus élevé établi à partir de l'ADS ou du DAST pour déterminer le niveau global de gravité, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave.

Le questionnaire PRA permet de relever l'importance des problèmes liés à l'alcool en fonction de quatre niveaux allant de « aucun problème » à « beaucoup de problèmes ». Parmi les répondants, 64 % ont indiqué qu'ils n'avaient aucun problème lié à l'alcool, 20 %, qu'ils en avaient un peu, 8 %, pas mal, et 7 %, beaucoup. Les répondants qui obtiennent la cote « beaucoup » sont aiguillés vers le programme d'intensité élevée. Ceux qui obtiennent la cote « un peu » ou « pas mal » sont placés dans un programme de faible intensité uniquement lorsqu'ils obtiennent la cote « aucun problème » pour l'ADS et le DAST.

### ***Nombre total des indicateurs de besoins cernés dans l'EID, par niveau de gravité de la toxicomanie***

Lorsqu'on a comparé le nombre total d'indicateurs de besoins cernés à l'ensemble des niveaux de gravité de la toxicomanie, les résultats ont révélé une association positive entre les niveaux de gravité de la toxicomanie et le nombre total des indicateurs de besoins cernés ( $F(4,907) = 81,6, p < 0,0001$ ). Les résultats des comparaisons multiples sont présentés au tableau 4.

Les délinquants qui ont reçu la cote « aucun problème » pour le niveau global de gravité de la toxicomanie présentent beaucoup moins de besoins d'après l'EID, par rapport aux autres groupes. La même chose d'applique aux délinquants dont le niveau de gravité était faible. La différence entre les délinquants au niveau grave et ceux de niveau important n'était pas significative sur le plan statistique. On a obtenu le même résultat lorsqu'on a comparé le groupe « modéré » au groupe « important ». Toutefois, lorsqu'on a comparé le groupe « modéré » aux délinquants dont le niveau global de gravité de la toxicomanie est grave, on a constaté que le groupe modéré avait beaucoup moins de besoins d'après l'EID.

**Tableau 4 : Niveau de gravité de la toxicomanie, par nombre total d'indicateurs de besoins**

Niveau global de gravité <sup>a</sup>	Moyenne	Écart type	N
Aucun problème	41,6 <sub>a</sub>	20,6	284
Problème faible	55,1 <sub>b</sub>	22,6	294
Problème modéré	68,5 <sub>c</sub>	20,3	133
Problème important	72,5 <sub>cd</sub>	22,8	147
Problème grave	80,1 <sub>d</sub>	20,4	49

*Remarque* : Les valeurs représentent le nombre moyen d'indicateurs de besoins de l'EID, que les sept facteurs dynamiques de l'EID ont permis d'établir.

<sup>a</sup> On utilise le niveau de gravité le plus élevé établi à partir de l'ADS ou du DAST pour déterminer le niveau global de gravité, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave.

Les moyennes assorties de la même lettre ne diffèrent pas de façon significative au niveau  $p < 0,05$ .

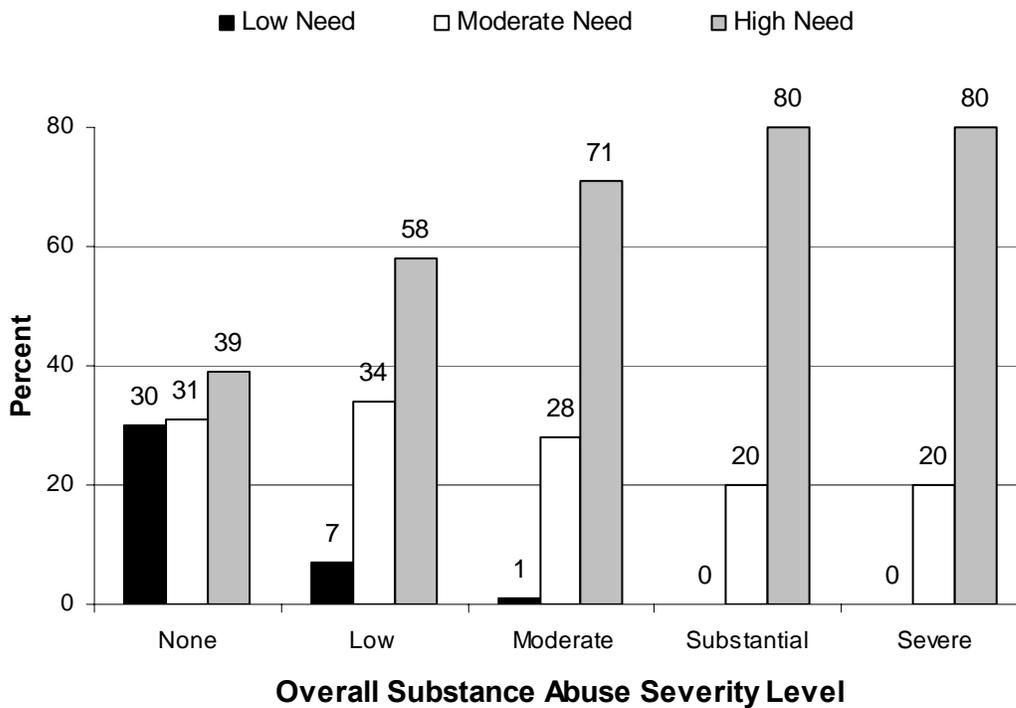
On a utilisé des procédures paramétriques étant donné que les hypothèses établies pour l'analyse de la variance ont été vérifiées. On s'est servi de la méthode de comparaisons multiples de Tukey (test HSD — « *Honestly Significant Difference* ») pour réduire au minimum le taux d'erreur de type I sur le plan de l'expérimentation.

### ***Cotation globale des facteurs dynamiques, par niveau de gravité de la toxicomanie***

On a relevé une tendance semblable après avoir comparé la cotation globale des facteurs dynamiques (besoins) aux niveaux de gravité globale de la toxicomanie (voir la figure 2). La plupart des délinquants dont le niveau global de gravité de la

toxicomanie était modéré à grave présentait beaucoup de besoins d'après l'EID, indication qu'ils doivent faire l'objet d'une intervention d'intensité plus élevée pour que leur réinsertion sociale ait plus de chances de réussite. Par ailleurs, peu de délinquants dont le niveau global de gravité était faible ou qui n'avaient aucun problème de toxicomanie présentaient beaucoup de besoins (Mantel-Haenszel ( $\chi^2(8, n = 907) = 120,82, p < 0,0001 (r_s = 0,36)$ )).

**Figure 2 : Distribution de la cotation globale des facteurs dynamiques par niveau de gravité de la toxicomanie**



NdT :

Low need = Peu de besoins	Moderated need = Besoins modérés	High Need = Beaucoup de besoins
---------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Percent=Pourcentage

None = Aucun problème	Low = Problème faible	Moderate = Problème modéré	Substantial = Problème important	Severe = Problème grave
-----------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------------

Overall Substance...= Niveau global de gravité de la toxicomanie

### **Nombre total d'indicateurs de facteurs statiques cernés dans l'EID, par niveau de gravité de la toxicomanie**

Lorsqu'on a comparé le nombre total d'indicateurs de facteurs statiques cernés à l'ensemble des niveaux globaux de gravité de la toxicomanie, on a pu établir une association positive ( $F(4,907) = 11,6$ ,  $p < 0,0001$ ). Le tableau 5 résume les résultats des comparaisons multiples.

Les délinquants qui n'avaient aucun problème de drogue lorsqu'on a évalué leur niveau global de toxicomanie présentaient beaucoup moins d'indicateurs de facteurs statiques que les autres groupes. La même chose s'applique au groupe de niveau faible lorsqu'on l'a comparé au groupe de niveau grave. Tous les autres écarts n'étaient pas significatifs sur le plan statistique.

**Tableau 5 : Total des risques, par niveau global de gravité de la toxicomanie**

Niveau global de gravité de la toxicomanie <sup>a</sup>	Moyenne	Écart type	N
Aucun problème	26,2 <sub>a</sub>	14,1	284
Problème faible	29,6 <sub>b</sub>	13,8	294
Problème modéré	32,6 <sub>bc</sub>	12,7	133
Problème important	33,2 <sub>bc</sub>	12,9	147
Problème grave	36,3 <sub>c</sub>	11,8	49

*Remarque* : Les valeurs représentent le nombre moyen d'indicateurs de facteurs statiques cernés dans l'EID, que les antécédents criminels, le dossier sur la gravité des infractions et les antécédents des délinquances sexuelles ont permis d'établir.

<sup>a</sup>Les moyennes assorties de la même lettre ne diffèrent pas de façon significative au niveau  $p < 0,05$ .

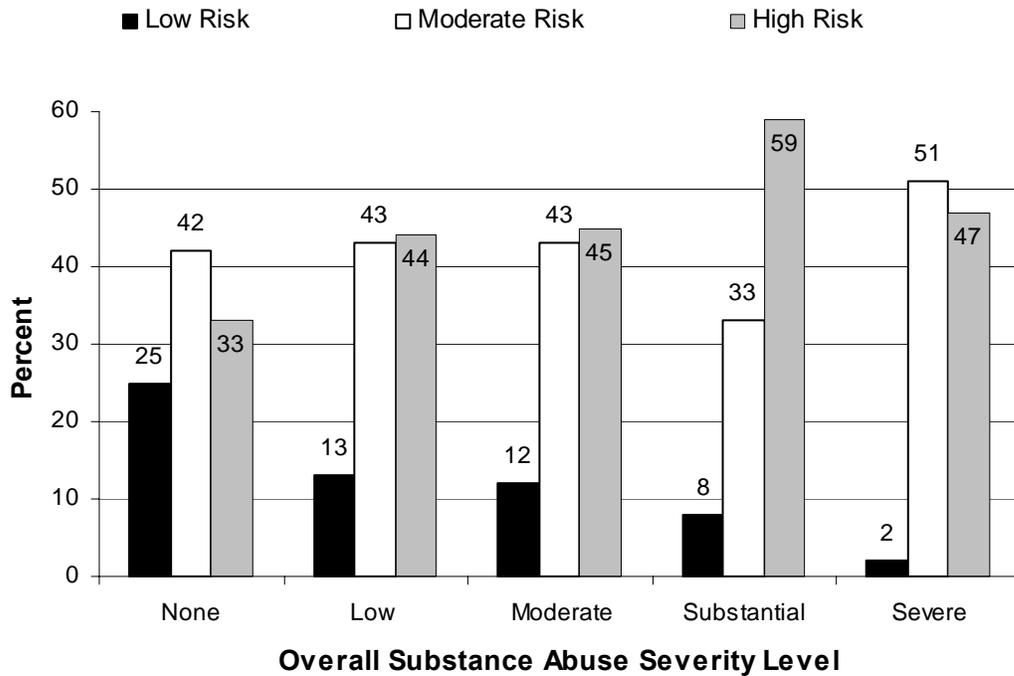
<sup>b</sup>On utilise le niveau de gravité le plus élevé établi à partir de l'ADS ou du DAST pour déterminer le niveau global de gravité de la toxicomanie, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave.

<sup>c</sup>On a utilisé des procédures paramétriques étant donné que les hypothèses établies pour l'analyse de la variance ont été vérifiées. On s'est servi de la méthode de comparaisons multiples de Tukey (test HSD — « *Honestly Significant Difference* ») pour réduire au minimum le taux d'erreur de type I sur le plan de l'expérimentation.

### ***Cotation globale des facteurs statiques, par niveau global de gravité de la toxicomanie***

On a constaté qu'il existe une association ordinale significative entre la cotation globale des facteurs statiques (risque) et le niveau global de gravité de la toxicomanie (Mantel-Haenszel :  $\chi^2(8, n = 907) = 34,7, p < 0,0001 (r_s = 0,20)$ ) (voir la figure 3). Plus précisément, à mesure que le niveau de gravité des problèmes de toxicomanie augmentait dans l'échelle de la catégorie « aucun problème » à la catégorie « problème grave », la proportion des délinquants dont la cotation des facteurs statiques se situait de modéré à élevé augmentait. Presque tous les délinquants dont le niveau global de gravité de la toxicomanie s'élevait d'important à grave ont reçu une cotation de niveau modéré à élevé pour les facteurs statiques cernés dans l'EID, indication que leurs antécédents criminels sont plus lourds et qu'ils doivent faire l'objet d'une intervention d'intensité plus élevée pour que l'on puisse atténuer leurs risques de récidive. Il semble que les délinquants ayant un problème grave de toxicomanie étaient moins susceptibles de recevoir une cote de niveau élevé pour l'ensemble des facteurs statiques. Ce résultat est peut-être lié à la taille relativement petite de l'échantillon de délinquants ( $n = 49$ ) ayant généralement un problème grave de toxicomanie.

### **Figure 3 : Distribution des résultats de la cotation globale des facteurs statiques, par niveau de gravité de la toxicomanie**



NdT :

Low Risk = Risque faible	Moderated Risk = Risque modéré	High Risk = Risque élevé
--------------------------	--------------------------------	--------------------------

Percent = Pourcentage

None = Aucun problème	Low = Problème faible	Moderate = Problème modéré	Substantial = Problème important	Severe = Problème grave
-----------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------------

Overall Substance...= Niveau global de gravité de la toxicomanie

### ***Échelle d'ISR-R1 : résultats, par niveau global de gravité de la toxicomanie***

On a également constaté qu'il existe une association ordinale significative entre l'ensemble des niveaux de gravité de la toxicomanie et les groupes de risque établis en fonction de l'Échelle d'ISR-R1 (voir le tableau 6). Les délinquants souffrant de problèmes de toxicomanie plus graves seraient, d'après l'évaluation, moins susceptibles que les autres de réussir à s'en sortir (c.-à-d. qu'ils sont plus à risque de récidiver) au cours des trois ans suivant leur mise en liberté. On a observé la même tendance dans la catégorie de risque de « faible à très faible ». À mesure que le niveau global de gravité augmentait, la probabilité de réussite après la mise en liberté diminuait. On s'écartait de cette tendance uniquement lorsque les délinquants ayant généralement un problème grave de toxicomanie

étaient comparés à ceux dont le problème était modéré ou important. Les délinquants aux prises avec un problème grave semblaient plus susceptibles de réussir à s'en sortir après leur mise en liberté que ceux dont le problème était important ou modéré; toutefois, on peut attribuer ces données au fait que le sous-échantillon était relativement petit ( $n = 38$ ).

**Tableau 6 : Gravité de la toxicomanie, par groupe de risque établi dans l'Échelle d'ISR-R1**

Niveau global de gravité de la toxicomanie <sup>b</sup>	Groupe de risque établi dans l'Échelle d'ISR-R1 (probabilité de réussite après la mise en liberté) <sup>a</sup>			Nombre de cas
	Mauvais à médiocre/mauvais (%)	Médiocre (%)	Bon à très bon (%)	
<b>Aucun problème</b>	32,2	10,5	57,3	267
<b>Problème faible</b>	40,5	20,1	39,4	274
<b>Problème modéré</b>	54,8	20,0	25,2	115
<b>Problème important</b>	66,9	14,1	19,0	121
<b>Problème grave</b>	50,0	23,7	26,3	38

*Remarque* : Quatre-vingt douze (10 %) délinquants n'étaient pas inclus dans l'analyse, car ils ne répondaient aux critères établis pour l'administration de l'Échelle d'ISR-R1.

<sup>a</sup>Les cinq catégories de risque de l'Échelle d'ISR-R1 ont été regroupées sous les titres suivants : « mauvais à médiocre/mauvais », « médiocre » et « bon à très bon ».

<sup>b</sup>On utilise le niveau de gravité le plus élevé établi à partir de l'ADS ou du DAST pour déterminer le niveau global de gravité, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave.

Mantel-Haenszel :  $\chi^2(1, n = 815) = 56,9, p < 0,0001$

$r_s = -0,28$

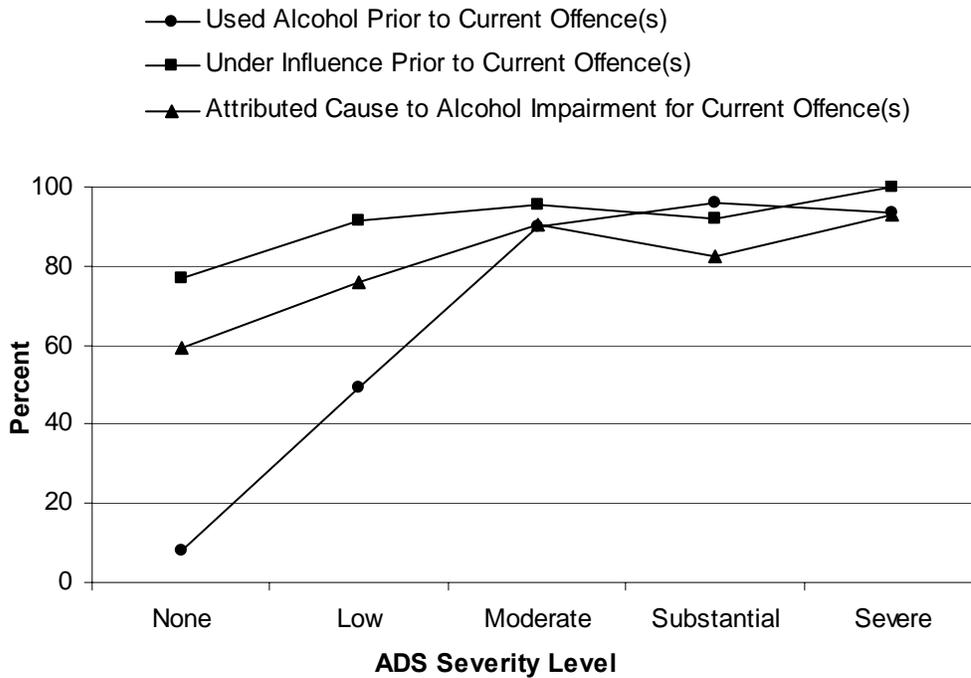
## **Consommation d'alcool et de drogues avant l'infraction à l'origine de la peine actuelle**

### ***Consommation d'alcool***

Parmi les 907 délinquants qui ont rempli le QIT, uniquement ceux ayant déclaré avoir des antécédents de consommation d'alcool et n'ayant pas interjeté appel au sujet de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle devaient répondre à des questions visant à déterminer le lien qui existe entre leur consommation d'alcool et l'infraction en question. Trente et un pour cent ( $n = 260$ ) des 829 répondants qui satisfaisaient à ces deux conditions ont déclaré qu'ils avaient consommé de l'alcool avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle. La plupart d'entre eux [91 % ( $n = 236$ ) ou 29 % de l'ensemble des répondants] ont indiqué qu'ils étaient en état d'ébriété. Soixante-dix-huit pour cent [( $n = 185$ ) ou 22 % de l'ensemble des répondants] des délinquants ayant précisé que leurs facultés étaient affaiblies avant qu'ils ne commettent l'infraction à l'origine de leur peine actuelle ont attribué la cause de cette infraction à leur consommation d'alcool (c.-à-d. que, selon eux, ils n'auraient pas commis l'infraction s'ils n'avaient pas été en état d'ébriété).

Lorsqu'on a examiné la distribution de ces résultats selon le niveau de gravité établi à partir de l'ADS (voir la figure 4), on a constaté qu'il existe une forte association entre les niveaux de gravité cernés grâce à l'ADS et la consommation d'alcool ( $\chi^2(4, n = 829) = 316,12, p < 0,0001 (V = 0,62)$ ). La plupart des délinquants ayant obtenu une cote de niveau modéré à grave selon l'ADS avaient consommé de l'alcool avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle. En outre, ces délinquants étaient plus susceptibles que ceux ayant obtenu la cote « problème faible » ou « aucun problème » d'après l'ADS d'être en état d'ébriété ( $\chi^2(4, n = 829) = 308,43, p < 0,001 (V = 0,61)$ ). De plus, les délinquants affichant des niveaux de gravité plus élevés sur l'ADS étaient généralement plus enclins que ceux dont les niveaux de gravité étaient plus faibles d'attribuer l'infraction à l'origine de leur peine actuelle au fait que leurs facultés étaient affaiblies par l'alcool ( $\chi^2(4, n = 236) = 12,10, p < 0,05 (V = 0,23)$ ).

**Figure 4 : Pourcentage des délinquants ayant déclaré que l'alcool est un facteur ayant contribué au fait qu'ils ont commis l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, par niveau de gravité sur l'ADS**



Use alcohol prior... = Délinquants qui avaient consommé de l'alcool avant l'infraction à l'origine de leur peine actuelle	Under influence prior = Délinquants qui étaient en état d'ébriété avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle	Attributed cause to... = Délinquants ayant attribué la cause de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle au fait que leurs facultés étaient affaiblies par l'alcool
--	---	---

Percent = Pourcentage

None = Aucun problème	Low = Problème faible	Moderate = Problème modéré	Substantial = Problème important	Severe = Problème grave
-----------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------------

ADS Severity Level = Niveau de gravité établi dans l'ADS

La plupart des délinquants qui étaient en état d'ébriété le jour de leur infraction ont déclaré que l'alcool a nui à leurs facultés cognitives et comportementales (voir le tableau 7). Quarante-vingt-un pour cent (n = 192) des 236 délinquants

(ou 23 % du nombre total de répondants) ont indiqué que l'alcool avait altéré leur jugement au moment où ils ont commis l'infraction. Presque tous les délinquants (94 %) s'inscrivant dans les catégories « modéré », « important » et « grave » sur l'ADS ont déclaré que leur jugement était altéré au moment où ils ont commis l'infraction. Moins de délinquants ayant obtenu la cote « aucun problème » ou « problème faible » sur l'ADS ont fait face à ce genre de trouble cognitif. Une variable chi carré a permis de confirmer qu'il existe une association significative entre les niveaux de gravité sur l'ADS et les troubles cognitifs ( $\chi^2(4, n = 236) = 16,5, p < 0,005 (V = 0,26)$ ).

Environ 50 % des 236 délinquants qui étaient en état d'ébriété le jour de leur infraction ont attribué la cause de la violence physique liée à leur infraction à l'alcool (voir le tableau 7). Les délinquants des catégories « modéré » à « grave » sur l'ADS étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer qu'ils recouraient plus facilement à la violence physique lorsqu'ils étaient en état d'ébriété que les délinquants ayant obtenu des cotes plus faibles sur cette échelle. Seulement 15 % des délinquants s'inscrivant dans la catégorie « aucun problème » et 48 % de ceux appartenant à la catégorie « problème faible » ont déclaré être plus violents lorsque leurs facultés sont affaiblies par l'alcool. Une variable chi carré a également permis de confirmer qu'il existe une association significative entre les niveaux de gravité sur l'ADS et la violence physique à laquelle les délinquants ont eu recours au moment de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle ( $\chi^2(4, n = 236) = 21,0, p < 0,001 (V = 0,30)$ ).

**Tableau 7 : Troubles cognitifs et comportementaux des délinquants en état d'ébriété**

Niveau de gravité sur l'ADS	Jugement altéré (%)	Agressivité accrue (%)	Total des cas
Aucun problème	63,0	14,8	27

Problème faible	77,5	48,1	129
Problème modéré	95,4	67,4	43
Problème important	87,0	60,9	23
Problème grave	100,0	64,3	14

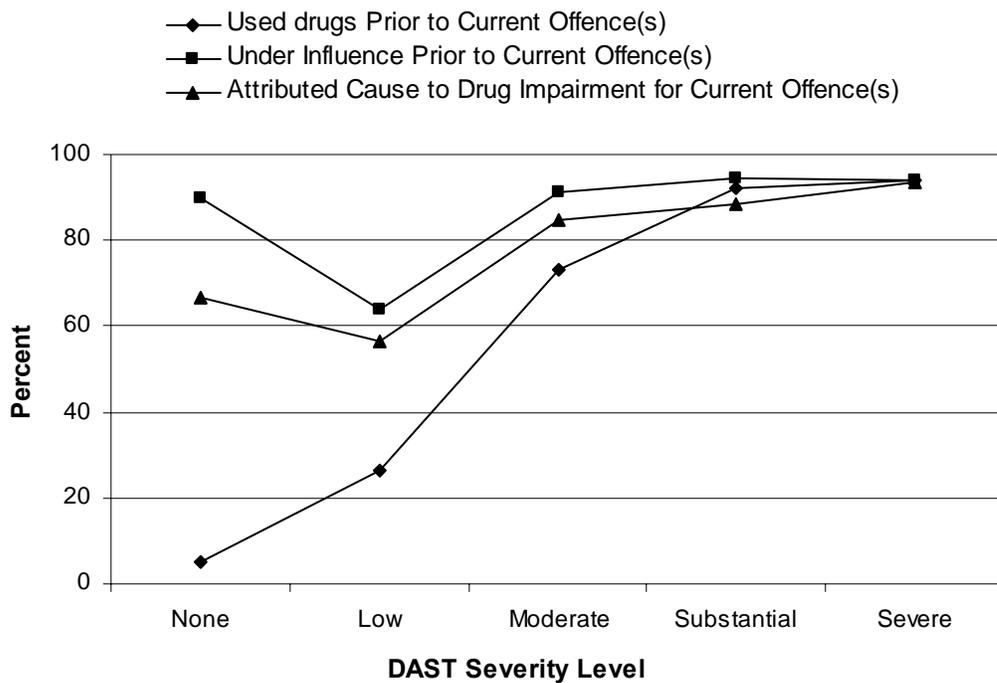
### ***Consommation de drogues***

Comme dans le cas des questions relatives à la consommation d'alcool, seuls les délinquants ayant déclaré des antécédents de consommation de drogues et n'ayant pas interjeté appel au sujet de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle devaient répondre aux questions du QIT portant sur leur consommation de drogues et l'influence que celle-ci a eue sur cette infraction ( $n = 661$ ). Parmi ceux-ci, 44 % ( $n = 289$ ) avaient consommé de la drogue avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle. La plupart des délinquants [88 % ( $n = 255$ ) ou 39 % de l'ensemble des délinquants] qui ont déclaré consommer de la drogue étaient drogués le jour de l'infraction. Environ 83 % ( $n = 212$ ) des personnes de ce groupe (ou 32 % de l'ensemble des répondants) ont attribué la cause de cette infraction au fait que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue (c.-à-d. que, selon eux, ils n'auraient pas commis l'infraction à l'origine de leur peine actuelle s'ils n'avaient pas été drogués à ce moment-là). La figure 5 présente la distribution de ces résultats par niveau de gravité selon le DAST.

On a constaté qu'il existe une forte association entre les niveaux de gravité établis dans le DAST et les antécédents de consommation de drogue. Les délinquants affichant des cotes élevées dans le DAST étaient plus susceptibles d'avoir consommé de la drogue avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle que ceux dont les cotes étaient faibles ( $\chi^2(4, n = 661) = 341,59$ ,  $p < 0,0001$  ( $V = 0,72$ )). Les délinquants aux niveaux de gravité supérieurs d'après le DAST étaient également plus susceptibles d'avoir eu les facultés affaiblies par la drogue au moment de commettre l'infraction à l'origine de leur

peine actuelle ( $\chi^2(4, n = 661) = 337,26, p < 0,0001 (V = 0,71)$ ). Parmi les délinquants ayant déclaré que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue avant qu'ils ne commettent l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, ceux affichant des niveaux de gravité élevés étaient généralement plus enclins que ceux indiquant des niveaux de gravité faibles d'attribuer la cause de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle au fait que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue ( $\chi^2(4, n = 255) = 22,8, p < 0,0001 (V = 0,30)$ ). Il semble que les délinquants présentant la cote « aucun problème » dans le DAST étaient plus enclins que ceux affichant la cote « problème faible » à attribuer la cause de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle au fait que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue. Toutefois, ces résultats sont peut-être imputables à la taille relativement petite du sous-échantillon ( $n = 9$ ) de délinquants appartenant à ce groupe.

**Figure 5 : Pourcentage des délinquants ayant déclaré que leur consommation d'alcool est un facteur ayant contribué au fait qu'ils ont commis l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, par niveau de gravité établi dans le DAST**



Use drug prior... = Délinquants qui avaient consommé de la drogue avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle	Under influence prior = Délinquants qui étaient drogués au moment de commettre l'infraction à l'origine de leur peine actuelle	Attributed cause to drug... = Délinquants ayant attribué la cause de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle au fait que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue
--	--	--

Percent = Pourcentage

None = Aucun problème	Low = Problème faible	Moderate = Problème modéré	Substantial = Problème important	Severe = Problème grave
-----------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------------

DAST Severity Level = Niveau de gravité établi dans le DAST

Parmi les 255 délinquants ayant déclaré que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue, 83 % (n = 212) ont indiqué que cela avait altéré leur jugement au moment de leur infraction (voir le tableau 8). La majeure partie des délinquants (89 %) appartenant aux catégories de niveaux important et grave ont déclaré que leurs facultés étaient affaiblies par la drogue au moment où ils ont commis leur infraction. Toutefois, cette association est faible ( $\chi^2(4, n = 255) = 9,98, p < 0,05 (V = 0,20)$ ). Le tableau 8 présente la distribution de ces résultats, par niveau de gravité établi dans le DAST.

Les délinquants aux facultés affaiblies par la drogue étaient généralement moins susceptibles que les délinquants aux facultés affaiblies par l'alcool de déclarer que leur consommation de drogue était un facteur qui avait contribué à les rendre plus agressifs sur le plan physique. Après avoir examiné les résultats en fonction des niveaux de gravité établis dans le DAST, on a relevé une faible augmentation de la violence physique chez les délinquants aux facultés affaiblies par la drogue à mesure qu'on passait du niveau de gravité faible au niveau de gravité grave dans le DAST; toutefois, cette association n'était pas significative ( $\chi^2(4, n = 255) = 3,60, p > 0,05$ ).

**Tableau 8 : Troubles cognitifs et comportementaux liés à la consommation de drogues**

Niveau de gravité établi dans le DAST	Jugement altéré (%)	Agressivité accrue (%)	Total des cas
Aucun problème	77,8	33,3	9
Problème faible	68,8	34,4	32
Problème modéré	76,4	34,7	72
Problème important	88,5	38,1	112
Problème grave	90,0	53,3	30

***Consommation d'alcool et de drogue avant l'infraction à l'origine de la peine actuelle***

Diverses études ont permis de constater qu'environ de 50 à 60 % des délinquants canadiens sous responsabilité fédérale avaient consommé de l'alcool, de la drogue ou une combinaison des deux le jour de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle (Robinson et coll., 1991; Brochu, Cousineau, Gillet, Cournoyer, Pernanen et Motiuk, 2001; Grant, 2001). Les résultats de notre étude confirment ces conclusions préalables.

Cinquante-deux pour cent des 858 délinquants ayant répondu aux questions concernant l'infraction à l'origine de leur peine actuelle ont déclaré avoir consommé de l'alcool ou de la drogue le jour de leur infraction<sup>5</sup>. Plus précisément, 12 % ont indiqué avoir consommé à la fois de l'alcool et de la drogue le jour de leur infraction, 18 %, uniquement de l'alcool, et 21 %, uniquement de la drogue. Onze pour cent de ces 858 délinquants avaient consommé aussi bien de l'alcool que de la drogue le jour où ils ont commis l'infraction à l'origine de leur peine actuelle, alors que 17 % avaient consommé uniquement de l'alcool, et 19 %, uniquement de la drogue. Les délinquants qui avaient consommé à la fois de l'alcool et de la drogue étaient plus enclins à attribuer la cause de leur infraction aussi bien à l'alcool qu'à la drogue, plutôt qu'à une seule de ces substances. Plus précisément, 66 % en ont attribué la cause aux deux substances, 13 % à la drogue, et 9 %, à l'alcool. Les autres (13 %) n'en ont attribué la cause ni à l'alcool ni à la drogue.

### ***Consommation d'alcool et de drogues et type d'infraction à l'origine de la peine actuelle***

Des études ont montré de façon constante que les délinquants souffrant d'un problème d'alcoolisme étaient bien plus susceptibles de commettre un crime violent que ceux atteints d'un problème de toxicomanie (Pernanen, Cousineau, Brochu et Sun, 2002). Par ailleurs, les délinquants toxicomanes étaient plus susceptibles de commettre des crimes contre les biens (p. ex. vol qualifié, introduction par effraction, vol et fraude). On a avancé que, lorsque l'alcoolisme est associé à un comportement criminel, les effets enivrants de l'alcool créent souvent des troubles cognitifs et exacerbent le côté agressif d'une personne, ce qui peut l'amener à user de violence physique. Par ailleurs, lorsque la

---

<sup>5</sup> Parmi les 907 délinquants de l'échantillon total, 858 devaient répondre à des questions concernant l'infraction à l'origine de leur peine actuelle. Un petit nombre de délinquants (n =49) étaient exclus parce qu'ils avaient interjeté appel au sujet de leur condamnation actuelle.

toxicomanie s'assortit d'un comportement criminel, les infractions sont souvent liées aux biens ou au vol, la personne cherchant à se faire de l'argent pour acheter des drogues illicites, qui coûtent cher (Brochu et coll., 2001).

Dans le cas de l'échantillon de délinquants à l'étude, ceux qui avaient pris de l'alcool le jour de leur infraction ont commis des infractions plus violentes que ceux qui avaient pris de la drogue ou les deux substances ce jour-là (voir le tableau 9). En proportion, davantage de voies de fait (34 %), d'agressions sexuelles (25 %) et de meurtres (22%) étaient associés aux effets de l'alcool qu'à ceux de la drogue ou d'une combinaison de ces deux substances. Par ailleurs, les infractions contre les biens ou les vols étaient plus étroitement associés aux effets de la drogue. Vingt-neuf pour cent des vols et 30 % des vols qualifiés ont été commis par des personnes qui avaient pris de la drogue. Fait intéressant, la plupart des infractions en matière de drogue (84 %), des fraudes (68 %) et des infractions relatives aux armes (68 %) n'étaient pas associées aux effets de la drogue ou de l'alcool.

**Tableau 9 : Infractions commises par des délinquants qui avaient pris de l'alcool, de la drogue ou une combinaison de ces deux substances**

Type d'infraction	Alcool (%)	Drogue (%)	Alcool et drogue (%)	Aucune des deux substances (%)	Infractions totales par type d'infraction
Vol	15	29	10	47	315
Vol qualifié	10	30	17	43	192
Fraude	6	21	6	68	90
Infraction en matière de drogue	2	13	2	84	174
Voies de fait	34	13	13	40	193
Agression sexuelle	25	5	13	58	80
Meurtre	22	3	14	61	36

Possession d'arme	11	14	7	68	76
Évasion	26	9	14	51	43
Enlèvement	31	--	15	54	13
Incendie criminel	40	20	7	33	15
Entrave à la justice	22	10	12	56	41
Infractions principales relatives à la conduite d'un véhicule	46	8	8	38	96
Autre	20	10	14	56	80
<b>Infractions totales</b>	<b>266</b>	<b>257</b>	<b>149</b>	<b>772</b>	<b>1 444</b>

*Remarque* : L'échantillon total comptait 858 délinquants; 49 ont été exclus de l'analyse parce qu'ils avaient interjeté appel au sujet de leur condamnation actuelle.

Les catégories d'infraction peuvent inclure plusieurs infractions du même type (voir l'annexe A).

### Types de drogue les plus fréquemment consommés

Par « drogue la plus fréquemment consommée », on entendait celle consommée le plus souvent au cours des 12 mois ayant précédé l'arrestation relative à l'infraction à l'origine de la peine actuelle. Plus de la moitié (52 %) des 504 délinquants ayant rempli le DAST et la SDS ont indiqué qu'ils consommaient surtout des cannabinoïdes; venaient ensuite le crack (14 %), les opiacés (13 %) et la cocaïne (12 %). Toutes les « autres » catégories de drogues combinées comptaient pour moins de 10 % de l'échantillon. Les benzodiazépines (2 %), l'héroïne (2 %), les amphétamines (1 %), la MDMA (méthylènedioxyamphétamine) (1 %) et le groupe de drogues non précisées (2 %) formaient la majeure partie de ce groupe combiné. Les substances inhalées et stéroïdes, le LSD et la méthadone comptaient chacun pour moins de 1 %.

Après avoir examiné les drogues les plus fréquemment consommées en fonction des niveaux de gravité du DAST, on a pu relever une nette tendance (voir le tableau 10). La plupart des délinquants consommant surtout du crack, des opiacés, de la cocaïne ou une « autre » drogue ont montré d'après le DAST

qu'ils ont un problème de drogue de modéré à grave. Par contre, très peu de délinquants consommant surtout des cannabinoïdes ont obtenu des résultats de cet ordre après avoir rempli le DAST. Les délinquants consommant surtout du crack et des opiacés étaient plus susceptibles que ceux des autres groupes de signaler un problème de drogue important ou grave. Ces résultats n'ont rien de surprenant compte tenu du taux élevé d'accoutumance associé à ces catégories de drogues (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2004).

**Tableau 10 : Drogue la plus fréquemment consommée, par niveau de gravité établi dans le DAST**

Drogue la plus fréquemment consommée <sup>a</sup>	Niveaux de gravité établis dans le DAST (%)			Total des cas
	Aucun problème/Problème faible (%)	Problème modéré (%)	Problème important/grave (%)	
Cannabinoïdes	67,8	20,3	11,9	261
Crack	7,3	30,5	69,6	69
Opiacés	14,7	23,2	63,2	68
Cocaïne	27,1	22,1	42,4	59
Autre	31,2	25,5	42,6	47

*Remarque :* <sup>a</sup>On entend par là la drogue consommée le plus souvent au cours des 12 mois précédant l'arrestation liée à l'infraction à l'origine de la peine actuelle.

$$\chi^2(8, n = 504) = 160,10, p < 0,0001$$

$$V = ,40$$

D'après les résultats de la SDS, le degré de psychodépendance varie selon le type de drogue ( $F(4, 504) = 60,31, p < 0,0001$ ). Les résultats des comparaisons multiples sont présentés au tableau 11. Les personnes qui consomment surtout des cannabinoïdes ont obtenu des cotes beaucoup plus faibles que les autres groupes sur la SDS. Dans le cadre d'autres recherches effectuées à l'aide de l'échelle, cet échantillon d'utilisateurs de cannabinoïdes a obtenu une cote bien

en dessous du seuil établi pour un diagnostic de psychodépendance (Swift, Copeland et Hall, 1998). Les personnes consommant surtout du crack étaient les plus dépendantes sur le plan psychologique, suivies de celles préférant les opiacés, la cocaïne et d'autres drogues.

**Tableau 11 : Cotes sur la SDS, selon le type de drogue**

Drogue la plus fréquemment consommée <sup>a</sup>	Moyenne	N
Crack	9,9 <sub>a</sub>	69
Opiacés	7,7 <sub>a b</sub>	68
Cocaïne	6,7 <sub>b</sub>	59
Autre	5,5 <sub>b</sub>	47
Cannabinoïdes	2,4 <sub>c</sub>	261

*Remarque* : Les cotes moyennes sur la SDS assorties de la même lettre ne représentent pas des écarts significatifs au niveau  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup>On entend par là la drogue consommée le plus souvent au cours des 12 mois précédant l'arrestation liée à l'infraction à l'origine de la peine actuelle.

La moyenne est indiquée; toutefois, la procédure paramétrique a été faite au moyen de transformations de la valeur de rang de chaque donnée simple continue au lieu des données brutes, parce que les données ne satisfaisaient pas aux hypothèses de la distribution normale et de l'égalité des marges d'erreur. La somme de la valeur de rang de chaque groupe a ensuite été comparée au moyen du modèle linéaire général.

On s'est servi de la méthode de comparaisons multiples de Tukey (test HSD — « *Honestly Significant Difference* ») pour réduire au minimum le taux d'erreur de type I sur le plan de l'expérimentation.

### **Cotes totales sur la SDS, par niveau de gravité établi dans le DAST**

Les résultats du QIT ont confirmé qu'il existe un lien solide entre les cotes totales obtenues à l'aide de la SDS et du DAST ( $r = 0,86$ ). Les délinquants ayant subi un plus grand déséquilibre du comportement causé par la drogue, d'après les niveaux de gravité établis dans le DAST, ressentaient également une plus forte psychodépendance aux drogues, comme le montrent les cotes plus élevées qu'ils ont obtenues sur la SDS ( $F(4, 907) = 761,54, p < 0,0001$ ). Les résultats des comparaisons multiples sont présentés au tableau 12.

On a observé des différences statistiques dans toutes les comparaisons par paire, sauf lorsque le groupe des délinquants ayant un problème de drogue important a été comparé à celui des délinquants ayant un problème grave. Les délinquants de ces deux groupes avaient manifestement une plus grande psychodépendance aux drogues, comme l'indique l'écart entre leurs cotes élevées sur la SDS et les faibles cotes répétées des délinquants affichant des niveaux modéré ou faible dans le DAST.

**Tableau 12 : Cotes sur la SDS, par niveau de gravité établi dans le DAST**

Niveau de gravité établi dans le DAST	Moyenne	N
Aucun problème	0,0 <sub>a</sub>	424
Problème faible	1,3 <sub>b</sub>	202
Problème modéré	5,5 <sub>c</sub>	114
Problème important	9,0 <sub>d</sub>	131
Problème grave	10,9 <sub>d</sub>	36

*Remarque* : Les valeurs représentent la cote moyenne obtenue sur la SDS.

Les moyennes assorties de la même lettre ne diffèrent pas de façon significative au niveau  $p < 0,05$ .

La moyenne est indiquée; toutefois, la procédure paramétrique a été faite au moyen de transformations de la valeur de rang de chaque donnée simple continue au lieu des données brutes, parce que les données ne satisfaisaient pas aux hypothèses de la distribution normale et de l'égalité des marges d'erreur. La somme de la valeur de rang de chaque groupe a ensuite été comparée au moyen du modèle linéaire général.

On s'est servi de la méthode de comparaisons multiples de Tukey (test HSD — « *Honestly Significant Difference* ») pour réduire au minimum le taux d'erreur de type I sur le plan de l'expérimentation.

### **Cotes totales obtenues dans le MAST, par niveau de gravité établi dans l'ADS**

Les résultats du QIT ont également confirmé qu'il existe un lien étroit entre le MAST et l'ADS ( $r = 0,86$ ). Les délinquants ayant obtenu des niveaux de gravité dans l'ADS qui révèlent un certain degré de psychodépendance (c.-à-d. les groupes de niveau modéré à grave) éprouvaient plus de troubles du comportement liés à l'alcool, d'après l'évaluation effectuée à l'aide du MAST,

( $F(4, 907) = 295,95, p < 0,0001$ ). Les résultats des comparaisons multiples sont présentés au tableau 13.

Les délinquants dont les niveaux de gravité s'inscrivaient dans les catégories « aucun problème » ou « problème faible » dans l'ADS ont obtenu des cotes beaucoup plus faibles que les autres groupes dans le MAST. Même si les cotes établies dans le MAST augmentaient à mesure que les niveaux de gravité obtenus dans l'ADS passaient de modéré à grave, ces écarts n'étaient pas significatifs sur le plan statistique. Quoi qu'il en soit, ces résultats confirment les résultats de recherches déjà effectuées à l'aide de l'ADS (Skinner et Horn, 1984). Les personnes ayant obtenu une cote faible dans l'ADS sont plus susceptibles que les délinquants dont les niveaux de gravité sont élevés d'éprouver une dépendance à l'alcool sur le plan psychologique et moins susceptibles d'en éprouver une sur le plan physiologique ou de présenter des problèmes psychosociaux (Skinner et Horn, 1984).

**Tableau 13 : Cotes obtenues dans le MAST, par niveau de gravité établi dans l'ADS**

Niveau de gravité établi dans l'ADS	Moyenne	N
Aucun problème	1,1 <sub>a</sub>	511
Problème faible	9,0 <sub>b</sub>	301
Problème modéré	24,8 <sub>c</sub>	54
Problème important	33,7 <sub>c</sub>	26
Problème grave	42,9 <sub>c</sub>	15

*Remarque* : les valeurs représentent la cote moyenne obtenue dans le MAST.

Les moyennes assorties de la même lettre ne diffèrent pas de façon significative au niveau  $p < 0,05$ .

La moyenne est indiquée; toutefois, la procédure paramétrique a été faite au moyen de transformations de la valeur de rang de chaque donnée simple continue au lieu des données brutes, parce que les données ne satisfaisaient pas aux hypothèses de la distribution normale et de l'égalité des marges d'erreur. La somme de la valeur de rang de chaque groupe a ensuite été comparée au moyen du modèle linéaire général.

On s'est servi de la méthode de comparaisons multiples de Tukey (test HSD — « *Honestly Significant Difference* ») pour réduire au minimum le taux d'erreur de type I sur le plan de l'expérimentation.

## **Déviations dans les réponses des délinquants**

Les concepteurs de questionnaires d'évaluation des problèmes d'alcool ou de drogue ont soutenu que le personnel administrant ces questionnaires dans des contextes où la demande est élevée (p. ex. dans l'unité d'évaluation d'un centre correctionnel) ne doivent pas perdre de vue que les répondants risquent de ne pas déclarer tous leurs symptômes afin que leur évaluation soit plus positive (Skinner et Horn, 1984). On a inclus l'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (l'EISP) (Paulhus, 1998) dans le QIT de sorte que le personnel puisse évaluer de façon objective la déviation dans les réponses lorsqu'il interprète les résultats de ce questionnaire.

La plupart des délinquants (64 %) qui ont rempli le QIT ont obtenu des résultats révélant une tendance à fournir des réponses fiables. Les autres délinquants ont affiché une tendance contraire. Plus précisément, 11 % des délinquants de l'échantillon total ont obtenu une cote au-dessus du seuil (niveau élevé) sur l'échelle de gestion de l'impression (GI) et l'échelle d'illusion sur soi-même positive, 17 % ont atteint une cote élevée sur l'échelle d'illusion sur soi-même positive, et 8 % ont fait de même sur l'échelle de GI.

Pour déterminer s'il existait une tendance chez les délinquants à ne pas déclarer tous leurs problèmes liés à l'abus d'alcool ou de drogue, tous ceux dont les réponses n'étaient pas jugées fiables (36 % de l'échantillon) ont été placés dans un groupe dont les résultats ont été comparés à ceux des délinquants dont les réponses étaient fiables selon l'EISP. Lorsque les groupes affichaient des écarts entre eux à cause de données non déclarées, cela permettait de confirmer l'utilité de l'EISP. Aux fins des présentes analyses, on a comparé les résultats obtenus dans l'ADS, le questionnaire PRA et le DAST et pour l'ensemble des niveaux de gravité de la toxicomanie.

### ***Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS)***

Comme on peut le voir au tableau 14, lorsque les niveaux de gravité établis dans l'ADS ont été comparés aux deux profils de l'EISP, environ 15 % des délinquants dont les réponses étaient fiables avaient un problème de toxicomanie de niveau modéré à grave, par rapport à seulement 2 % de ceux dont les réponses n'étaient pas fiables. Dans l'ensemble, plus de la moitié des répondants fiables ont obtenu des résultats indiquant un certain niveau de toxicomanie, par rapport à seulement 30 % des répondants non fiables.

**Tableau 14 : Niveau de gravité selon l'ADS, par profil établi sur l'EISP**

Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus	Niveau de gravité établi dans l'ADS (%)					Nombre de cas
	Aucun problème	Problème faible	Problème modéré	Problème important	Problème grave	
Répondants fiabes	48,5	36,3	8,8	4,1	2,4	582
Répondants non fiabes	70,5	27,7	0,9	0,6	0,3	325

$\chi^2(4, n = 907) = 58,6, p < 0,0001$

$V = 0,25$

Sur le plan de la statistique non paramétrique, le test de Kruskal-Wallis a révélé que les répondants non fiabes obtenaient des cotes bien inférieures à celles des répondants fiabes dans l'ADS ( $\chi^2(1, n = 907) = 60,12, p < 0,0001$ )<sup>6</sup>.

### ***Le Questionnaire sur les problèmes liés à l'alcool (questionnaire PRA)***

Après avoir examiné les résultats du questionnaire PRA en fonction de tous les profils de réponse sur l'EISP, on a constaté que les répondants fiabes ont déclaré davantage de problèmes liés à l'alcool (voir le tableau 15). Plus précisément, seulement 79 % des répondants fiabes ont indiqué qu'ils avaient certains problèmes ou qu'ils n'en avaient pas du tout en ce qui a trait à l'alcool, par rapport à 94 % des répondants non fiabes.

---

<sup>6</sup> Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a été administré aux fins des présentes analyses, car les données ne satisfaisaient pas aux hypothèses de la distribution normale et de l'égalité des marges d'erreur dans le cas de l'analyse de la variance.

**Tableau 15 : Niveau établi dans le questionnaire PRA par profil sur l'EISP**

Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus	Niveau établi dans le questionnaire PRA (%)				Nombre de cas
	Aucun problème	Un peu	Pas mal	Beaucoup	
Répondants fiables	57,2	21,7	11,0	10,1	582
Répondants non fiables	78,2	16,3	3,1	2,5	325

$$\chi^2(3, n = 907) = 49,8, p < 0,0001$$

$$V = 0,23$$

La même tendance s'est manifestée lorsqu'on a comparé les répondants fiables à ceux qui ne l'étaient pas, d'après la cote totale obtenue pour le questionnaire PRA. Les répondants qui n'étaient pas fiables ont obtenu des cotes plus faibles que les répondants qui l'étaient dans ce questionnaire. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a confirmé une différence fiable sur le plan statistique (Kruskal-Wallis :  $\chi^2(1, n = 907) = 49,27, p > 0,0001$ ).

### ***Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST)***

Comme on peut le voir au Tableau 16, lorsque les niveaux de gravité établis dans le DAST ont été comparés aux deux profils sur l'EISP, on a constaté que les répondants fiables ont obtenu des résultats donnant à penser qu'ils avaient des problèmes de drogue plus graves. Environ 40 % des répondants fiables ont obtenu des résultats indiquant un problème de drogue de niveau modéré à grave, par rapport à seulement 14 % des répondants qui n'étaient pas fiables.

**Tableau 16 : Niveau de gravité établi dans le DAST, par profil sur l'EISP**

Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus	Niveau de gravité établi dans le DAST (%)					Nombre de cas
	Aucun problème	Problème faible	Problème modéré	Problème important	Problème grave	
Répondants fiables	38,1	21,7	15,0	19,1	6,2	582
Répondants non fiables	62,2	23,4	8,3	6,2	0,0	325

$\chi^2(4, n = 907) = 77,5, p < 0,0001$

$V = 0,29$

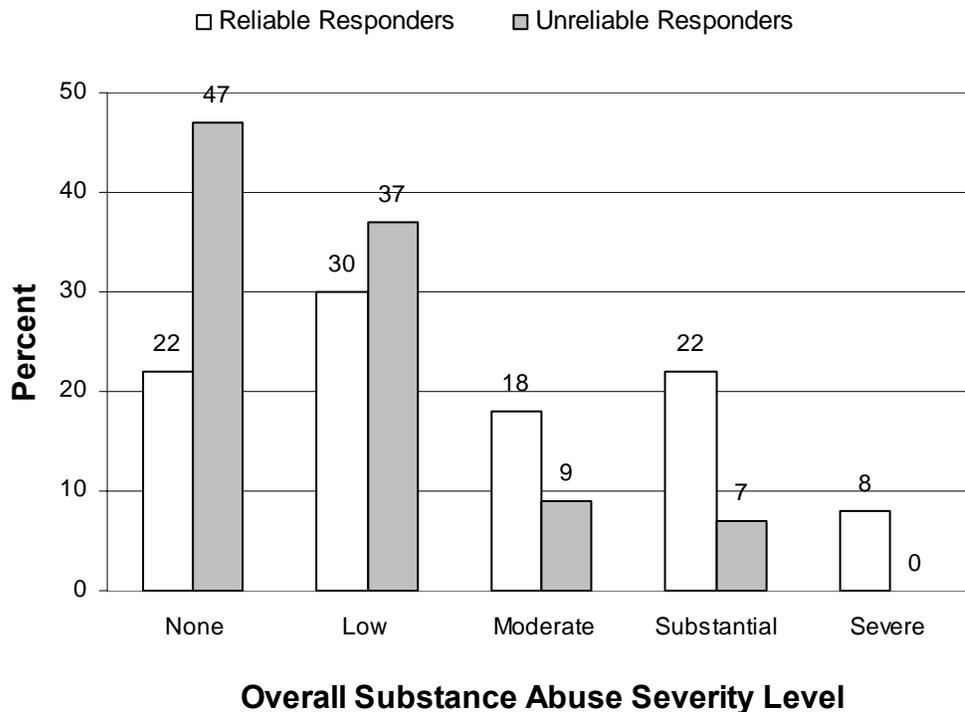
Après avoir comparé les cotes totales obtenues par les deux groupes dans le DAST, on a constaté que les répondants non fiables affichaient des cotes plus faibles dans le DAST. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a confirmé une différence fiable ( $\chi^2(1, n = 907) = 73,23, p > 0,0001$ ).

### ***Niveau global de gravité de la toxicomanie***

Comme on l'a déjà mentionné, le niveau global de gravité de la toxicomanie établi dans le QIT est fondé sur la matrice de renvoi des cas du SGD. On se fie au niveau de gravité le plus élevé établi dans l'ADS ou le DAST pour déterminer le niveau global de gravité de la toxicomanie, soit aucun problème, problème faible, problème modéré, problème important ou problème grave. La figure 6 illustre clairement les effets de réponses non fiables dans les questionnaires d'évaluation de la gravité de la toxicomanie. Environ 48 % des répondants fiables ont obtenu des résultats dénotant un problème de toxicomanie de modéré à grave, par rapport à seulement 16 % des répondants non fiables.

On a relevé une différence significative entre ces groupes selon le niveau global de gravité de la toxicomanie ( $\chi^2(4, n = 907) = 109,77, p < 0,0001 (V = 0,35)$ ).

**Figure 6 : Répondants fiables et répondants non fiables, par niveau global de gravité de la toxicomanie**



Reliable... = Répondants fiables	Unreliable = Répondants non fiables
----------------------------------	-------------------------------------

Percent = Pourcentage

None = Aucun problème	Low = Problème faible	Moderate = Problème modéré	Substantial = Problème important	Severe = Problème grave
-----------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------------

Overall substance... = Niveau global de gravité de la toxicomanie

### Cotes obtenues par les répondants dans le QIT

La plupart des répondants ont trouvé le questionnaire intéressant (60 %), le contenu, facile à comprendre (85 %), et la version informatique, accessible (68 %) et conviviale (67 %). Environ 20 % des répondants ont pris le temps au moins quelques fois d'écouter l'ordinateur lire les questions et les choix

de réponse. Cette écoute a permis à 55 % de ces répondants de mieux comprendre le contenu du questionnaire. Le tableau 18 présente la distribution des résultats.

**Tableau 17 : Évaluation par les répondants du QIT**

Indicateurs	Mesure dans laquelle les répondants sont d'accord avec les énoncés <sup>a</sup> (%)	
	D'accord	Plus ou moins d'accord
1. J'ai trouvé le questionnaire intéressant.	60,0	30,0
2. J'ai appris beaucoup de choses sur les habitudes liées à la toxicomanie.	37,8	36,1
3. Il est plus facile de répondre avec honnêteté aux questions lorsqu'elles sont posées par un ordinateur plutôt que par une personne.	36,0	32,3
4. Je me suis senti tout à fait à l'aise de répondre aux questions par ordinateur.	67,6	21,9
5. J'ai trouvé que c'était facile de répondre aux questions par ordinateur.	67,3	20,7
6. J'ai compris les questions posées par ordinateur.	85,1	7,1
7. J'ai mieux compris les questions lorsqu'elles étaient lues par l'ordinateur.	54,6	27,8
8. J'ai trouvé le questionnaire trop long.	22,7	40,9
9. J'ai trouvé le questionnaire trop court.	9,2	54,1
10. Je recommande ce questionnaire aux autres.	56,9	36,8
11. J'aimerais connaître les résultats.	88,9	8,2

<sup>a</sup>Les répondants ont utilisé une échelle de Likert à cinq points pour indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord avec chacun des énoncés. Les cinq réponses possibles, se situant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord », ont été regroupées en trois catégories (« d'accord », « plus ou moins d'accord » et « pas d'accord ») aux fins des présentes analyses.

## Analyse

On a élaboré le Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) pour doter le Service correctionnel du Canada (SCC) d'un outil multidimensionnel complet permettant d'établir la gravité des problèmes de toxicomanie et de procéder à la différenciation des cas aux fins de renvoi des délinquants à des programmes de traitement de la toxicomanie offerts par le SCC. Trois des principales conclusions de l'étude offrent de solides données empiriques à l'appui de l'application du QIT en vue de la différenciation des cas et des renvois aux programmes. La quatrième conclusion principale souligne l'importance d'inclure une mesure permettant de cerner les personnes risquant de ne pas avoir été honnêtes dans leurs réponses au cours de l'évaluation.

Premièrement, les répondants souffrant de problèmes de toxicomanie graves étaient plus susceptibles d'en éprouver également dans d'autres aspects de leur vie. En effet, il existe une forte association entre le niveau global de gravité de la toxicomanie établi dans le QIT et la cote globale relative aux facteurs dynamiques (besoins) obtenue dans le cadre de l'évaluation initiale des délinquants (EID). En général, à mesure que le niveau de gravité de la toxicomanie augmente sur l'échelle se situant de la catégorie « aucun problème » à « problème grave », la proportion des délinquants ayant beaucoup de besoins d'après l'EID augmente.

Deuxièmement, la convergence entre les résultats du QIT et ceux de l'EID et l'Échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1) montre qu'il existe un lien important entre le comportement criminel et la toxicomanie, conclusion déjà formulée dans d'autres recherches (Andrews et Bonta, 1998). Par exemple, les délinquants ayant signalé des problèmes de toxicomanie avaient des antécédents criminels plus lourds, comme le dénotent leurs cotes plus élevées sur le plan des facteurs statiques (risques) dans le cadre de l'EID. D'après les résultats de l'Échelle d'ISR-R1, ces personnes

seraient également plus susceptibles de récidiver dans les trois ans suivant leur mise en liberté.

Troisièmement, les niveaux de gravité élevés selon le Questionnaire sur la consommation d'alcool (ADS) et le Questionnaire sur la consommation de drogues (DAST) étaient fortement associés au fait que les délinquants aient consommé de l'alcool ou de la drogue et que cela ait affaibli leurs facultés le jour de l'infraction à l'origine de leur peine actuelle. Les délinquants affichant des niveaux de gravité plus élevés dans l'ADS et le DAST étaient également plus susceptibles que ceux dont les niveaux étaient plus faibles de déclarer des troubles cognitifs liés à leur infraction. La violence exacerbée liée à l'infraction était associée étroitement à la consommation d'alcool, mais pas 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 ayant obtenu des résultats selon lesquels leurs réponses ne seraient pas fiables sur l'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus (EISP) semblaient sous-estimer le niveau de gravité de leur problème de toxicomanie. Seulement la moitié des délinquants ayant obtenu de tels résultats sur l'EISP (34 %) ont déclaré avoir des problèmes de toxicomanie. Par contre, près de 80 % des répondants dont les profils établis dans l'EISP indiquent une tendance aux réponses fiables ont déclaré éprouver des problèmes de toxicomanie à un niveau ou à un autre, ce qui vient appuyer les récentes conclusions d'autres études du SCC (Grant, Kunic, MacPherson, McKeown et Hansen, 2003).

Le processus de détermination systématique des besoins criminogènes utilisé dans le QIT correspond aux principes d'un traitement correctionnel efficace, en vertu desquels tout délinquant présentant des besoins importants devrait obtenir

des services intensifs et globaux de façon qu'on puisse réduire ses risques de récidive. Par contre, les délinquants ayant peu de besoins devraient recevoir un traitement minimal, voire pas de traitement du tout (Andrews et Bonta, 1998). Dans un cadre correctionnel, les délinquants dont les besoins sont importants doivent bénéficier de services intensifs et globaux si l'on veut bien traiter les principaux problèmes de comportement associés à la toxicomanie et aux activités criminelles. Les délinquants ayant des problèmes de toxicomanie de niveau faible requièrent quant à eux moins de services, car les personnes appartenant à ce groupe ont moins de besoins criminogènes.

En outre, les résultats obtenus ici relativement aux réponses non fiables illustrent l'importance de vérifier systématiquement la véracité des déclarations volontaires faites au cours d'évaluations menées dans un contexte où la demande est élevée, par exemple dans un centre correctionnel. Lorsque les résultats sont douteux, on recommande au personnel d'adopter des approches d'évaluation fondées sur diverses méthodes (p. ex. il peut examiner les sources connexes comme les résultats de l'évaluation communautaire postsentencielle et d'autres documents officiels) afin de garantir l'exactitude de l'évaluation. Les profils de l'EISP que le QIT produit dans le rapport automatisé — dont trois comportent des réponses socialement souhaitables — devraient attirer l'attention du personnel opérationnel pour qu'il puisse rajuster, au besoin et si cela est justifié, les résultats du QIT. Cette approche est conforme au principe général du jugement professionnel, selon lequel un rajustement est justifié s'il découle de bonnes pratiques fondées sur des données probantes et qu'il permet d'améliorer, s'il y a lieu, l'efficacité des évaluations (Andrews et Bonta, 1998).

On a inclus l'Échelle de gravité de la dépendance (SDS) dans le QIT afin d'obtenir des précisions au sujet des dimensions psychologiques de la toxicomanie, par exemple, l'inquiétude et l'anxiété qu'éprouve une personne face à sa consommation de drogue et au fait de ne pouvoir se maîtriser à cet égard. Les résultats ont révélé que les délinquants éprouvant une plus forte

psychodépendance à la drogue d'après la SDS avaient également un comportement beaucoup plus instable à cause de la drogue selon le DAST. Après avoir examiné les résultats plus attentivement, on a constaté que les délinquants ayant obtenu dans le DAST des niveaux de gravité d'ordre important ou grave ont atteint sur la SDS une cote bien supérieure au seuil établi pour un diagnostic de psychodépendance. On a déjà fait état de ce seuil dans d'autres études (Topp et Mattick, 1997; De Las Cuevas et coll., 2000); toutefois, il faudra établir officiellement un seuil diagnostique optimal pour cette population carcérale avant que la SDS ne puisse être appliquée à des fins cliniques. Pour l'instant, il semble que la SDS permette de distinguer les délinquants en fonction d'une échelle de points étroitement liée aux niveaux de gravité établis actuellement dans le DAST. Les délinquants appartenant aux groupes de niveau important ou grave éprouvent de toute évidence une psychodépendance plus forte à la drogue, comme l'indique l'écart entre leurs cotes élevées sur la SDS et les faibles cotes obtenues de façon répétée par les groupes de niveau modéré ou faible. Cette différence marquée donne à penser que les groupes de niveau important ou grave devraient être dirigés vers un programme intensif étant bien axé sur les dimensions psychologique, physiologique et comportementale de la dépendance, de façon à réduire ou éliminer le risque de rechute.

On a obtenu des résultats semblables après avoir comparé les cotes du MAST aux niveaux de gravité de l'ADS. Les délinquants ayant obtenu dans l'ADS des niveaux de gravité indiquant une dépendance physiologique (c.-à-d. ceux ayant atteint dans ce questionnaire une cote de modérée à élevée) affichaient un comportement plus instable à cause de l'alcool d'après le MAST que les délinquants ayant obtenu une cote faible. De toute évidence, les délinquants dont la cote se situe de modérée à grave devront recevoir un traitement plus intensif, qui tient compte des dimensions physiologique et comportementale de leur dépendance à l'alcool.

Dans le cas des délinquants à l'étude, les drogues les plus souvent consommées étaient les cannabinoïdes, suivis par le crack, la cocaïne et les opiacés. La catégorie de drogue (« autre ») comptait pour moins de 10 % de l'échantillon. Après avoir comparé les utilisateurs de cocaïne, de crack et d'opiacés aux utilisateurs de cannabinoïdes et d'autres drogues, on a constaté que les premiers étaient plus susceptibles d'obtenir dans le DAST des résultats indiquant des problèmes de toxicomanie de niveau modéré à grave et, sur la SDS, des résultats révélant une psychodépendance. Ces résultats n'ont rien de surprenant, puisque les opiacés, la cocaïne et le crack sont considérés depuis longtemps comme des drogues pouvant entraîner une forte dépendance en raison des réactions biochimiques qu'ils produisent dans le corps et de leur effet sur le comportement des utilisateurs (Organisation mondiale de la santé, 2004). Dans le cas de la cocaïne et des opiacés, les utilisateurs mettent encore plus leur santé en danger en raison du risque élevé de contracter ou de transmettre des maladies infectieuses en partageant le matériel, y compris les seringues, les cuiseurs, les tampons d'ouate et l'eau de rinçage. Dans un contexte correctionnel, les utilisateurs de ces drogues doivent être dirigés vers des programmes intensifs si l'on veut atténuer les risques que la drogue représente pour leur santé et les aider à régler leurs problèmes psychosociaux et comportementaux liés à leur dépendance.

Les recherches présentées ici ont montré qu'un modèle d'évaluation autoadministré sur ordinateur, comme le QIT, a sa place dans un contexte correctionnel. En général, les répondants ont trouvé que ce questionnaire était facile à comprendre et que la version informatique était conviviale. L'évaluation a également permis de déterminer de façon efficiente et précise que les délinquants doivent être dirigés vers différents programmes de traitement de la toxicomanie.

Néanmoins, il faudra effectuer d'autres recherches pour rendre le QIT encore plus efficace. On devra élaborer un nouvel algorithme tenant compte des résultats de la SDS, du MAST et de l'EISP et le mettre à l'essai officiellement afin

de déterminer si l'inclusion de ces outils permet de rendre le QIT plus précis dans son ensemble. Par exemple, on pourrait utiliser la SDS et le MAST pour quantifier le degré de dépendance et la mesure dans laquelle les troubles d'une personne sont attribuables à sa consommation de drogue ou d'alcool. En incluant ces deux mesures, on pourrait approfondir ses connaissances sur les dimensions psychologique et psychosociale de la toxicomanie ou de l'alcoolisme. Les résultats de l'Échelle d'illusion sur soi-même de Paulhus pourraient également être intégrés à l'algorithme, de sorte qu'on puisse automatiquement rajuster les niveaux de gravité lorsque tout indique que les réponses ne sont pas fiables.

Il faudra entreprendre d'autres recherches à l'échelle nationale si l'on veut tirer pleinement parti des avantages liés à l'intégration de l'information provenant du QIT à un processus de planification et de traitement dans un contexte correctionnel. Il sera ensuite possible de mener des recherches plus larges supposant la reprise de l'étude et l'association des résultats du QIT avec d'autres indicateurs (p. ex. consommation d'alcool et de drogue pendant l'incarcération et participation ou non-participation à un programme) afin d'examiner les déterminants du succès de la réinsertion sociale après la libération.

## Bibliographie

ALLISON, D. B. et B. S. GORMAN. « Some of the most common questions asked of statistical consultants: Our favorite responses and recommended readings », *Genetic, Social et General Psychology Monographs*, vol. 119, n° 2, 1993, p. 155-186.

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

BOLAND, F. J., K. HENDERSON et J. BAKER. *Examen des besoins des délinquants : le domaine de la toxicomanie*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel Canada, R-76, 1998.

BONTA, J. « Enjeux et considérations d'ordre général dans le domaine de l'évaluation des délinquants », *Forum Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 12, n° 2, 2000, p. 14-18.

BONTA, J., W. G. HARMAN, R. G. HANN et R. B. CORMIER. « The predictions of recidivism among federally sentenced offenders: A re-validation of the SIR scale », *Revue canadienne de criminologie*, janvier 1996, p. 61-79.

BROCHU, S., M.-M. COUSINEAU, M. GILLET, L.-G. COURNOYER, K. PERNANEN et L. MOTIUK. « Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens », *Forum Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 13, n° 3, 2001, p. 20-24.

CROSS, S. et L. SIBLEY-BOWERS. *The standardized tools and criteria manual: Helping clients navigate addiction treatment in Ontario*, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2001.

DE LAS CUEVAS, C., E. J. SANZ, J. A. DE LA FUENTE, J. PADILLA et J. C. BERENGUER. « The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study », *Addiction*, vol. 95, n° 2, 2000, p. 245-250.

DEL BOCA, F. K. et J. A. NOLL. « Truth or Consequences: The Validity of Self-Report Data in Health Services Research on Addictions », *Addiction*, vol. 95, n° 11, suppl. 3, 2000, p. 347-361.

EDWARDS, G. et M. M. GROSS. « Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome », *British Medical Journal*, 1<sup>er</sup> mai 1976, p. 1058-1061.

FEIGELSON, M. E. et S. A. DWIGHT. « 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.

FEINGOLD, A. et B. ROUNSAVILLE. « Construct validity of the dependence syndrome as measured by DSM-IV for difference psychoactive substances », *Addiction*, vol. 90, n° 12, 1995, p. 1661-1669.

GOSSOP, M., S. DARKE, P. GRIFFITHS, J. HANDO, B. POWIS, W. HALL et J. STRANG. « 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, n° 5, 1995, p. 607-614.

GRANT, B. A., D. KUNIC, P. MACPHERSON, C. MCKEOWN et E. HANSEN. *Le programme intensif de traitement de la toxicomanie (PITT) : Résultats des*

*programmes pilotes*, Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, R-140, 2003.

HODGINS, D. C., et L. O. LIGHTFOOT. « Types of male alcohol and drug abusing incarcerated offenders », *British Journal of Addiction*, vol. 83, 1988, p. 1201-1213.

HODGINS, D. C., et L. O. LIGHTFOOT. « The use of the Alcohol Dependence Scale with incarcerated male offenders », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 33, 1989, p. 59-67.

KRONER, D. G., et J. R. WEEKES. « Balanced Inventory of Desirable Responding: Factor structure, reliability and validity with an offender sample », *Personality and Individual Differences*, vol. 21, n° 3, 1996, p. 323-333.

MCMURRAN, M. *Offenders with Drink and Drug Problems* dans C. R. HOLLIN (dir.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment*, West Sussex (Angleterre), John Wiley et Sons Ltd, 2001, p. 481-493.

MILLER, W. R. et S. ROLLNICK. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*, New York, Guilford Press, 1991.

MILLSON, W. A., J. R. WEEKES et L. O. LIGHTFOOT. « Programme prélibératoire pour toxicomanes : Analyse des résultats intermédiaires et postlibératoires », Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, 1995, (R-40).

NAFEKH, M. et L. L. MOTIUK. « L'échelle révisée d'information statistique sur la récidive (Échelle d'ISR-R1) : Un examen psychométrique », Ottawa (Ontario), Service correctionnel du Canada, 2002, (R-126).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*, Genève (Suisse), auteur, 2004.

PAULHUS, L. D. *Paulhus Deception Scales (SDS) : The Balanced Inventory of Desirable Responding-7: User's Manual*, Toronto, Multi-Health Systems Incorporated, 1998.

PERNANEN, K., M.-M. COUSINEAU, S. BROCHU et F. SUN. *Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada*, Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002.

ROBINSON, D., F. PORPORINO et B. MILLSON. *Profils de consommation de drogues et d'alcool chez les détenus sous responsabilité fédérale : évaluation faite à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie*, Ottawa, Service correctionnel Canada, R-11, 1991.

SAS INSTITUTE. *SAS/STAT User's Guide*, version 8, vol. 2), Cary (NC), auteur, 1999.

SAS INSTITUTE. *Statistics I : Introduction to anova, regression and logistic Regression Course Notes*, Cary (NC), auteur, 2000.

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.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA. *Instructions permanentes*, Ottawa (Ontario), 700-04, 2003.

SKINNER, H. A. « The Drug Abuse Screening Test », *Addictive Behaviours*, vol. 7, 1982, p. 363-371.

SKINNER, H. A. et A. E. GOLDBERG. « Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users », *British Journal of Addictions*, vol. 81, 1986, p. 479-484.

SKINNER, H. A. et J. L. HORN. « *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide* ». Toronto (Ontario, Addiction Research Foundation, 1984.

SWIFT, W., J. COPELAND et W. HALL. « Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence », *Addiction*, vol. 93, n° 110, 1998, p. 1681-1692.

TOPP, L. et R. P. MATTICK. « Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users », *Addiction*, vol. 92, n° 7, 1997, p. 839-845.

TURNER, C. F., L.KU, S. M. ROGERS, L.D. LINDBERG, J. H. PLECK et F. L. SONENSTEIN. « Adolescent Sexual Behaviour, Drug Use and Violence: Increased Reporting with Computer Survey Technology », *Science*, vol. 280, 1998, p. 867-873.

## **ANNEXE A**

### **Catégories d'infraction**

1. Vol (p. ex. introduction par effraction, vol à l'étalage, vol d'automobile, présence illégale dans une maison d'habitation et possession de biens volés)
2. Vol qualifié (p. ex. vol à main armée, vol qualifié avec violence et extorsion)
3. Fraude (p. ex. faux, escroquerie, fraude de cartes de crédit et supposition de personne)
4. Infractions en matière de drogue (p. ex. possession, trafic, importation de stupéfiants et culture de drogues)
5. Voies de fait (p. ex. tentative de meurtre, voies de fait causant des lésions corporelles, menaces, voies de fait simples, voies de fait graves et blessures)
6. Agressions sexuelles (p. ex. attentat à la pudeur, viol, inceste et grossière indécence)
7. Meurtre (p. ex. homicide involontaire coupable et meurtre au premier et au deuxième degrés)
8. Possession d'arme (p. ex. possession d'explosifs, utilisation dangereuse d'une arme à feu, fait de braquer une arme à feu et usage d'une arme à feu)
9. Évasion (p. ex. fait de s'évader d'une garde légale, fait d'être illégalement en liberté, défaut de comparaître, inobservation de l'engagement, manquement aux conditions de la libération sous cautionnement, omission de se conformer et manquement aux conditions de la probation)
10. Enlèvement (p. ex. séquestration et rapt)

11. Incendie criminel

12. Entrave à la justice (p. ex. voies de fait contre un policier, entrave à un agent de la paix, fait de résister à son arrestation et outrage au tribunal)

13. Infractions principales relatives à la conduite d'un véhicule (p. ex. négligence criminelle, fait de conduire en état d'ébriété, conduite dangereuse, fait de conduire avec facultés affaiblies et délit de fuite)

14. Autre (p. ex. vandalisme, fait de troubler la paix, méfait, dommages intentionnels et fait de vivre des produits de la prostitution)